UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL ENTRE ENFERMEIRAS DE UTI
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *INDEX OF WORK SATISFACTION (IWS)*

MARGARETE MARQUES LINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Orientadora:
Profª Livre-Docente Miako Kimura

São Paulo
1999

Aos meus pais

'Seo' Lino (Dad), homem-do-mar,
por ter me ensinado a controlar o
leme nas tormentas

Suzana, guerreira, por ter me
ensinado que o impossível não
existe

Às minhas 'lindas', Didi e Cacao, por me ajudarem a rever o mundo, com os olhos de criança.

Muito obrigada por existirem!

Agradecimento especial

Às enfermeiras e enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva que, ao participarem deste estudo conferiram-lhe essência e valor.

À Profª Livre-Docente Miako Kimura, que com muita paciência e propriedade me conduziu através desta etapa e, acima de tudo, pela confiança depositada.

À vocês, minha eterna gratidão.

Agradecimentos

To Paula L. Stamps, Ph.D., for her encouragement and support.

Às Enfermeiras e Enfermeiros, Docentes e Assistenciais, que na qualidade de Especialistas, compartilharam seu valioso saber, dando forma e conteúdo a este estudo.

À(o)s Gerentes de Enfermagem das Instituições participantes, por propiciarem as condições necessárias à realização deste.

Às Enfermeiras Chefes e Encarregadas das Unidades de Terapia Intensiva, pela disposição e atenção.

À equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, pela amizade e paciência no decorrer deste processo e, em particular, à enfermeira Sarah Marília Bucchi, pela compreensão e apoio, tornando favorável a realização deste estudo.

À boa e "grande" amiga Sílvia Cristina Fürbringer e Silva, que com desprendimento, empenho e sua maneira de ser, participou efetivamente de várias etapas deste processo.

Ao Prof. Dr. Júlio C. R. Pereira, pela competência na análise estatística dos dados e sugestões oportunas.

À equipe do Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por terem tornado possível o levantamento bibliográfico e, em especial, à Nadir Aparecida Lopes, Sonia Maria Gardin, Elisabete Aparecida dos Santos e Lúcia Lessa Rodrigues Fabio, pela atenção e disponibilidade.

Ao Marcos ("Morcêgo") Marques Lino, meu amado irmão, por ter me guiado nos caminhos da Informática, sem os quais teria sido muito difícil chegar até aqui.

À todos aqueles que, mesmo não tendo sido citados, contribuíram de forma especial e única.

À todos vocês, muito obrigada!

SUMÁRIO

Lista de gráficos
Lista de tabelas
Lista de anexos
Resumo
Abstract
1 INTRODUÇÃO 1
1.1 Considerações sobre a prática de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva 1
1.2 Satisfação Profissional 9
1.2.1 Bases teóricas 11
1.2.2 Componentes da satisfação profissional 15
1.2.3 Instrumentos de medida 19
2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA 22
2.1 Tradução 25
2.2 Back-translation 26
2.3 Revisão por Comitê de Especialistas 27
2.4 Pré-teste 31
2.5 Ponderação de escores 31
2.6 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado 32
3 O *INDEX OF WORK SATISFACTION* — ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 34
3.1 Componentes dimensionados 35
3.2 Design do instrumento 39
3.3 Procedimentos de escore 43
3.4 Avaliação estatística 46
4 OBJETIVOS 47
5 MÉTODO 49
5.1 A escolha do instrumento 49
5.2 A tradução do IWS 50
5.3 *Back-translation* 52
5.4 Avaliação por Comitê de Especialistas 53
5.4.1 Avaliação entre o instrumento original e a versão da *back-translation* 53
5.4.2 Avaliação da equivalência semântica e idiomática 56

5.4.3 Avaliação da equivalência cultural e conceitual 58
5.5 Reformulação do ISP Versão Provisória 60
5.6 Avaliação final do ISP 62
5.7 Avaliação das propriedades psicométricas 64
5.8 Satisfação profissional das enfermeiras de UTI 64
5.8.1 Local do estudo 64
5.8.2 Amostra 65
5.8.3 Instrumentos 67
5.8.4 Operacionalização da coleta de dados 67
5.8.5 Tratamento dos dados 70
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 75
6.1 Avaliações das Especialistas 75
6.1.1 Avaliação da equivalência entre a versão original e a versão de *back-translation* — *Equivalence Evaluation* 75
6.1.2 Avaliação da equivalência semântica e idiomática 76
6.1.3 Avaliação da equivalência cultural e conceitual 78
6.2 Avaliação final 78
6.3 Caracterização das UTIs 79
6.4 Caracterização das enfermeiras 84
6.5 Nível de satisfação profissional 90
6.5.1 A importância dos componentes 90
6.5.2 O nível atual de satisfação 92
6.5.3 Avaliação da confiabilidade — Coeficiente Alfa de Cronbach 98
6.5.4 O Índice de Satisfação Profissional 105
6.5.5 Avaliação da confiabilidade — Coeficiente Tau de Kendall 114
6.6 Análise do nível de satisfação profissional 115
6.7 Identificação e análise dos grupos 117
7 CONCLUSÕES 126
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 128
ANEXOS 130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 207

Lista de Anexos

Anexo 1	The Index of Work Satisfaction Questionnaire	130
Anexo 2	Autorização para uso do IWS	136
Anexo 3	Índice de Satisfação Profissional — ISP — Versão Provisória	139
Anexo 4	Equivalence Evaluation	144
Anexo 5	Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática	155
Anexo 6	Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual	165
Anexo 7	Índice de Satisfação Profissional	175
Anexo 8	Avaliação Final	183
Anexo 9	Caracterização da UTI	197
Anexo 10	Termo de Compromisso	198
Anexo 11	Ponderações das especialistas	199
Anexo 12	Matrizes de frequências utilizadas para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes	205

Lista de Tabelas

Tabela 1 Distribuição dos itens do Index of Work Satisfaction, por componente, segundo direção. São Paulo, 1999. 42

Tabela 2 Distribuição dos itens do Index of Work Satisfaction, por componente, segundo número de itens e variação de escores. São Paulo, 1999. 42

Tabela 3 Caracterização dos hospitais, segundo a localidade, número de leitos, número e designação das UTIs. São Paulo, 1999. 65

Tabela 4 Caracterização das UTIs, segundo especialidade, número de leitos disponíveis e tipo de clientela atendida. São Paulo, 1999. 80

Tabela 5 Caracterização das UTIs, segundo número e distribuição das categorias da equipe de enfermagem. São Paulo, 1999. 80

Tabela 6 Distribuição da amostra estudada, segundo UTI de origem. São Paulo, 1999. 84

Tabela 7 Distribuição da amostra estudada, segundo características sociodemográficas. São Paulo, 1999. 85

Tabela 8 Distribuição da amostra estudada, segundo características profissionais. São Paulo, 1999. 87

Tabela 9 Coeficientes de Ponderação dos Componentes do ISP, obtidos através das respostas das Comparações Pareadas, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=70). São Paulo, 1999. 90

Tabela 10 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Sub-Componente Interação Enfermeira/Médico. São Paulo, 1999. 92

Tabela 11 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Sub-Componente Interação Enfermeira/Enfermeira. São Paulo, 1999. 93

Tabela 12 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Autonomia. São Paulo, 1999. 94

Tabela 13 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Status Profissional. São Paulo, 1999. 95

Tabela 14 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Requisitos do Trabalho. São Paulo, 1999. 96

Tabela 15 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Normas Organizacionais. São Paulo, 1999. 97

Tabela 16 Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Remuneração. São Paulo, 1999. 98

Tabela 17 Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, com a exclusão de itens, por componentes, do ISP. São Paulo, 1999. 102

Tabela 18 Resultados numéricos dos escores da Escala de Atitudes do ISP. São Paulo, 1999. 106

Tabela 19 Escores numéricos e variações do ISP. São Paulo, 1999. 112

Tabela 20 Valores do Coeficiente de Correlação Tau de Kendall entre o Escore Ajustado e Escore Médio dos Componentes. São Paulo, 1999. 114

Tabela 21 Quartis para Interpretação dos Dados Obtidos do ISP. São Paulo, 1999. 115

Tabela 22 Distribuição das freqüências do ISP, segundo componentes e quartis. São Paulo, 1999. 116

Tabela 23 Características dos grupos de enfermeiras segundo a satisfação com o trabalho. São Paulo, 1999. 120

Tabela 24 Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo características sociodemográficas São Paulo, 1999. 122

Tabela 25 Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo características profissionais São Paulo, 1999. 123

Lista de Figuras

Figura 1 Esquema para inversão dos escores da escala de atitudes. São Paulo, 1999. 44

Figura 2 Composição das equipes de enfermagem das UTIs, segundo distribuição percentual e categoria profissional. São Paulo, 1999. 82

Figura 3 Proporção entre o número de enfermeiras assistenciais e número de leitos nas UTIs. São Paulo, 1999. 83

Figura 4 Classificação dos Componentes do ISP, por ordem de importância atribuída pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999. 91

Figura 5 Classificação dos Componentes do ISP, por ordem do nível atual de satisfação, considerando-se o componente Interação como único, percebida pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999. 106

Figura 6 Classificação dos Componentes do ISP, por ordem do nível atual de satisfação, considerando-se os sub-componentes da Interação, percebida pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999. 107

Figura 7 Proporção entre o nível de importância atribuído e o nível atual de satisfação identificado, em relação aos componentes da satisfação profissional, pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999. 107

Figura 8 Classificação dos componentes segundo nível de satisfação profissional das enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999. 113

Figura 9 Distribuição das freqüências relativas do ISP, segundo componente e quartil. São Paulo, 1999. 117

Figura 10 Grupos de enfermeiras identificados pela análise de agrupamentos (*cluster analysis*), através do Índice de Satisfação Profissional, por componentes. São Paulo, 1999. 118

RESUMO

LINO, M.M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction.** São Paulo, 1999. 221p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Satisfação profissional é um fenômeno complexo e multivariado, vivenciado pelos indivíduos como um estado comportamental derivado de fontes internas e externas. Considerando o ambiente das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) como fontes geradoras de estímulos externos — positivos e negativos, é essencial uma investigação sistemática para examinar o nível de satisfação das enfermeiras de terapia intensiva em relação ao seu contexto de trabalho. Para atender a essa proposta, o objetivo desse estudo foi adaptar o Index of Work Satisfaction (IWS) — Índice de Satisfação Profissional (ISP) — para a cultura das enfermeiras brasileiras de terapia intensiva e identificar seu nível de satisfação profissional. O ISP compreende uma escala de 44 itens que mede o nível atual de satisfação profissional e comparações pareadas que medem a importância relativa de seis componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. A estrutura metodológica que orientou o estudo baseou-se nas diretrizes de adaptação e validação transcultural de medidas, como propostas pela literatura. A abordagem metodológica compreendeu um conjunto de etapas padronizadas para atingir equivalência idiomática, cultural e conceitual, e para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento adaptado, pelo uso de traduções, re-tradução, revisões por especialistas e testes estatísticos. A validade aparente e de conteúdo da versão traduzida do ISP foi analisada através dos julgamentos de especialistas, sustentando sua adequação. A amostra do estudo consistiu de 84 enfermeiras representando oito UTIs, que responderam a um questionário específico para o alcance dos objetivos. Os dados analisados nesse estudo foram

provenientes de 70 questionários utilizáveis. A maioria das respondentes era do sexo feminino (90,0%). A idade média foi 30,42 anos e o tempo médio de experiência em UTIs foi de 5,49 anos. Após a eliminação de cinco itens da escala total, o coeficiente alfa de Cronbach indicou uma confiabilidade de 0,74 e o tau de Kendall entre o escore total ponderado e o escore não ponderado foi de 0,98. As enfermeiras de terapia intensiva classificaram a importância dos componentes de sua satisfação profissional: autonomia, remuneração, interação, requisitos do trabalho, status profissional e normas organizacionais, do mais importante para o menos importante. Os níveis atuais de satisfação profissional classificados de acordo com os componentes da escala, do mais satisfatório para o menos satisfatório, foram os seguintes:, status profissional, interação, autonomia, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. Houve, portanto, dissonância entre o nível de importância atribuído e o nível de satisfação percebido. A abordagem metodológica utilizada assegurou que o instrumento traduzido mantivesse a equivalência com o original e preservasse suas propriedades de medida. Possibilitou, também, obter informações valiosas relacionadas ao nível de satisfação profissional das enfermeiras brasileiras de terapia intensiva.

Palavras-chave: Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Satisfação no Trabalho.

ABSTRACT

LINO, M.M. **Work Satisfaction among critical care nurses. Cross-cultural adaptation of the Index of Work Satisfaction.** São Paulo, 1999. 221p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Work satisfaction is a complex and multifaceted phenomenon experienced by individuals as a comportamental state derived from internal and external sources. Considering Intensive Care Units' setting as generating sources of external — positive and negative — stimuli, it's essential a systematic investigation to examine the level of critical care nurses' satisfaction with their work context. In order to meet that purpose, the aim of the present study was to adapt the Index of Work Satisfaction (IWS) to Brazilian critical care nurses culture and to identify their level of work satisfaction. The IWS comprises a 44-item scale that measures the current level of work satisfaction and paired comparisons that measures the relative importance of six work satisfaction' components: autonomy, interaction, professional status, task requirements, organizational policies and pay. The methodological framework that guided the study was the guidelines for cross-cultural adaptation and validation of measures, as proposed by the literature. The methodological approach comprised a set of standardized steps to achieve idiomatic, cultural and conceptual equivalence and to assess the psychometric properties of the adapted instrument, by the use of translations, back-translation, reviews by experts, and statistical tests. Face and content validity of the translated version of the IWS was assessed by experts' judgements supporting its adequacy. The study sample consisted of 84 critical care nurses, representing eight ICUs. Data were collected from 70 useable questionnaires. The majority of the respondents were female (90,0%). The mean age was 30,42 years and mean lenght of experience in ICUs was 5,49. After the reduction of five items of the total scale, Cronbach's alfa coefficient indicated a reliability of 0,74 and

Kendall's Tau between the total weighted score and the unweighted score was 0,98. Critical care nurses rank-ordered autonomy, pay, interaction, task requirements, professional status and organizational policies from the most to the least important component to their work satisfaction. The ranking of their current levels of work satisfaction was professional status, interaction, autonomy, task requirements, organizational policies and pay from the most to the least satisfying, indicating dissonances between level of importance expected and level of satisfaction perceived. That methodological approach ensured that the translated instrument kept equivalence to the original and preserved its measurement properties. Furthermore, it was possible to gain valuable informations concerning the level of Brazilian critical care nurses' work satisfaction.

Keywords: Critical Care Nursing; Job Satisfaction.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre a prática de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva

A prática de enfermagem em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva (UTIs, CTIs)[1] representa um segmento especializado da assistência de enfermagem, dadas as dimensões e a dinâmica dos processos do cuidar, nessas áreas.

Essas unidades têm por objetivo o tratamento e a monitoração de pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves, sob potencial de desenvolvê-las ou sob condições críticas de desequilíbrios de saúde. Para esse fim, existe a concentração de recursos — materiais e humanos — em uma área física delimitada, que caracteriza o ambiente onde se desenvolve a assistência, como altamente tecnológico e o processo assistencial, consequentemente, operacionalizado.

O perfil dessa prática é delineado por uma assistência fortemente instrumentalizada e racionalizada, decorrente da exigência de níveis elevados de conhecimentos relacionados à crescente complexidade dos desequilíbrios de saúde da população atendida, da tecnologia que se supera em avanços e

---

[1] Alguns autores pontuam diferenças conceituais entre UTI e CTI. Durante o transcorrer do texto, será utilizado apenas o termo UTI, já que, correntemente, são usados como equivalentes.

velocidade cada vez maiores; e dos progressos alcançados no campo do diagnóstico e terapêutica.

A incorporação de funções cada vez mais técnicas e especializadas, a necessidade de urgência e criatividade na seleção de prioridades, tomada de decisões e resolução de problemas; e a exigência de competências e habilidades necessárias à dinâmica do trabalho e à sofisticação progressiva da estrutura e dos processos da prática — enquanto meios de desenvolvimento do cuidar — geram um potencial de diluição dos aspectos psicossociais da assistência e dos processos humanísticos que afetam, em proporções diversas, os agentes e os objetos desse processo.

A percepção da magnitude da totalidade do ser humano é influenciada por esse contexto, no qual a terapêutica, associada às técnicas e tecnologia, é orientada à recuperação do corpo doente; cujo limite é a vida biológica; em que o ser humano assistido tornou-se objeto de trabalho; e, finalmente, no qual os agentes do cuidar, os *cuidadores*, são afetados, em graus diversos, pelo meio e pelas demandas oriundas do confronto com situações limítrofes de vida.

As UTIs têm sido apontadas como ambientes altamente tecnológicos, em razão da concentração e sofisticação de equipamentos de uso terapêutico, diagnóstico e de apoio — a *mítica* tecnologia das UTIs. Numa concepção ampla, PERROW (1967) define tecnologia como "(....) *as ações que um indivíduo executa sobre um objeto, com ou sem o auxílio de instrumentos ou dispositivos mecânicos, a fim de realizar alguma alteração*

naquele objeto. O objeto ou 'matéria-prima' pode ser um ser vivo, humano ou outro, um símbolo, ou um objeto inanimado". Na esfera da enfermagem, ALEXANDER; MARK (1990) consideram a tecnologia sob a ótica conceitual, incluindo processos e conhecimentos, em oposição à dimensão essencialmente material atribuída ao fenômeno e a definem como "(....) *os atos empregados pelo pessoal de enfermagem para modificar o estado do indivíduo, de paciente para uma pessoa de alta".*

A conceituação teórica tradicional, que confere poder de oposição ideológica entre a tecnologia utilizada em UTI e o cuidar em enfermagem, distanciando o domínio humanístico do último, é explicada por WALTERS (1995) como "(....) *outra manifestação Cartesianista da tensão de forças entre o objeto e o sujeito, cuidar e cura, e corpo e mente."* O autor denomina a enfermeira[2] de UTI como *tecnologista* e complementa a idéia propondo uma concepção que coloca tecnologia no "(....) *polo objetivo*", e a dignidade da vida humana, "(....) *no fim subjetivo de sua conceitualização".* PEIXOTO (1996) alerta quanto ao uso da tecnologia em UTI, mediando as relações entre profissionais e pacientes e sendo "(....) *encarada como a solução para todos os problemas do paciente".*

---

[2] No transcorrer do texto, utilizaremos o gênero feminino na denominação do profissional enfermeiro, em consideração ao grande número de profissionais do sexo feminino que compõem a força de trabalho nessa profissão.

Nessa microcultura, a natureza paradoxal das relações que arbitram o uso de tecnologia com a essência moral do cuidar em enfermagem, supõe que a racionalidade atribuída à ciência obscurece a dimensão subjetiva das relações humanas, mantendo-as num nível subliminar.

É inegável a importância da existência de uma filosofia que guie essa interação, mantendo o equilíbrio entre a vulnerabilidade dos processos humanísticos e o poder da objetividade das competências técnicas e do ambiente. Para tal, LOCSIN (1995) sugere que "(....) *a compreensão da tecnologia como um meio humano para conhecer um paciente mais completamente como uma pessoa é a expressão das relações harmônicas entre tecnologia e o cuidar em enfermagem*".

É nesse meio controverso e complexo que se desenvolve a assistência de enfermagem e, consequentemente, seus processos de trabalho. Essa condição pressupõe que a enfermeira, além da mobilização de seus recursos de formação pessoal e da utilização de seu sentido único na leitura de uma realidade específica, tenha um alto nível de qualificação profissional. Esse nível de qualificação profissional não reside apenas na quantidade de conhecimentos necessários à realização de um trabalho, mas também em como se processa sua aplicação à prática.

A literatura revela os diferentes níveis de competências e capacitação exigidos e/ou esperados das enfermeiras de UTIs. KURCGANT (1991) relaciona os diversos aspectos gerados pela dinâmica e dimensão

única do cuidar em UTI com requisitos de capacitação profissional. Dentro os aspectos relacionados à capacitação, a autora cita: as características e finalidades da assistência intensiva, os níveis de cognição necessários aos processos de tomada de decisões, os níveis de comunicação entre os diversos participantes do processo e a coordenação da assistência, entre outros.

FREEMAN; MCMASTER; HAMILTON (1983) compreendem as competências dessa prática em três domínios: o psicomotor, o cognitivo e o afetivo. Consideram competências do domínio psicomotor: imitação, manipulação, precisão, articulação e naturalização; do domínio cognitivo: conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação; e do domínio afetivo: receptividade, resposta, valoração, organização dos valores e caracterização de um valor. Ainda, atribui-se à *expertise* adquirida/desenvolvida na prática de enfermagem em UTI o fundamento da excelência do cuidar (MITCHELL et al, 1989; BENNER; TANNER; CHESLA, 1992)

Outro aspecto que contribui com o alto nível de complexidade dessa prática é o confronto com três fenômenos constantes: incerteza, instabilidade e variabilidade. MARK; HAGENMUELLER (1994), assim os definiram:

- **Incerteza** — "(....) *a dificuldade na identificação de uma relação clara e consistente entre uma ação particular de enfermagem e um resultado específico no paciente.*"

- **Instabilidade** — "(....) *frequência e magnitude das alterações nas condições dos pacientes, momento a momento, isto é, o grau no qual os pacientes em uma unidade estão propensos a passar por mudanças frequentes ou imprevisíveis em seu estado de saúde."*

- **Variabilidade** — "(....) *magnitude das diferenças paciente a paciente, isto é, o grau no qual as enfermeiras são requeridas para lidar com pacientes que possuem problemas de saúde diversos."*

Em relação às demandas de tarefas e atividades, inerentes à prática de enfermagem em UTI, mais dois aspectos devem ser considerados: o *imediatismo* e a *similaridade*. O **imediatismo** está relacionado à rapidez nos processos cognitivos que antecedem e permeiam a execução de uma ação/intervenção. Mantém estreita relação com as características de instabilidade e variabilidade das condições clínicas dos pacientes. A **similaridade** implica no conjunto de atividades que são semelhantes, "(....) *relativamente imutáveis"* e operacionalmente repetitivas (MARK; HAGENMUELLER, 1994). Em termos práticos, pode ser exemplificada pelas atividades de controles de sinais vitais em horários padronizados e cuidados rotineiros de higiene e conforto físico aos pacientes.

Esses fenômenos são geradores de estímulos que serão apreendidos em diferentes graus de intensidade. Essas relações têm sido estudadas não apenas no domínio da enfermagem e diversos são os relatos da literatura que indicam que as UTIs são ambientes geradores de cargas psíquicas para as enfermeiras (BAILEY; STEFFEN; GROUT, 1980; NICHOLS;

SPRINGFORD; SEARLE, 1980; MALONEY, 1982; KEANE; DUCETTE; ADLER, 1985; NORBECK, 1985a; NORBECK, 1985b; BARRY, 1988; HARRIS, 1989; FOXALL et al, 1990; EHRENFELD, 1991; TAKAHASHI, 1991; LEWIS; ROBINSON, 1992; STECHMILLER; YARANDI, 1993; BOUMANS; LANDEWEERD, 1994; CUNHA, 1995; SHIMIZU, 1996; PEREIRA, 1997; FERREIRA, 1998) e que "(....) *numerosos problemas estão relacionados à situação geral de trabalho e às demandas de tarefas e atividades específicas*" (BOUMANS; LANDEWEERD, 1994).

PADILHA (1994) concluiu que as características únicas do cuidar em UTI são atribuídas à estrutura geral da unidade e da organização do trabalho que é, ambiguamente percebido, como gratificante e penoso. SHIMIZU (1996) sustenta a idéia, apontando que "(....) o *contato direto e constante com os pacientes mobiliza sentimentos contraditórios nas enfermeiras, como: piedade, compaixão, amor, culpa e raiva*".

"Quais são os fatores que contribuem com a escolha de uma enfermeira em permanecer nesse tipo de ambiente?" (LEVINE; WILSON; GUIDO, 1988). É interessante ressaltar a questão levantada pelas autoras, na realização de um estudo sobre características de personalidade de enfermeiras de UTIs. Os achados são expressivos, pois levaram ao delineamento de perfis de personalidades e à construção de imagens que mantêm estreita relação com o ônus do estereótipo da *fria eficiência*, comumente atribuída às enfermeiras de UTI. As características encontradas foram, entre outras: asserção, auto-suficiência, agressividade,

competitividade, perseverança, moralismo, desembaraço, auto-estima elevada, independência na tomada de decisões e habilidades mecânicas, matemáticas e organizacionais. As próprias autoras do estudo o consideraram limitado porém, os resultados levam à reflexão sobre a percepção que esse grupo de profissionais tem acerca de si mesmo e das relações que mantêm com esse contexto de trabalho.

Em nosso meio, PEIXOTO (1996) identificou mitos relacionados a esse contexto, dentre eles o saber e a tecnologia significando poder e prestígio, segurança e controle; e a esses significados atribui "(....) *o conceito de frieza, tecnicismo que o enfermeiro de CTI incorpora*".

TAKAHASHI (1991) levantou dados que apoiam as contradições emocionais geradas nos ambientes de UTIs. Segundo a autora, a enfermeira de UTI entende que :

- "(....) *deve negar-se enquanto pessoa, valorizando exclusivamente o objeto de seu trabalho*".
- "(....) *deve valorizar as necessidades do paciente e familiares*".
- "(....) *deve negar seus sentimentos, suas dores e suas necessidades*".
- "(....) *não deve permitir que questões pessoais interfiram na sua prática profissional*".

Partindo da perspectiva que o trabalho é um meio de inserção social, através do qual escrevem-se as histórias de vida dos homens e, frente

a esse panorama, no qual as demandas específicas de uma situação de trabalho exercem diferentes níveis de *cargas psicossociais* sobre os participantes do processo, que as percebem em níveis igualmente diversos, o foco deste estudo é o ser ***cuidador*** e as influências que as características do trabalho em UTIs e os elementos ocupacionais têm sobre sua percepção de satisfação em relação ao trabalho, ou ***satisfação profissional***. Acredita-se, assim, que a compreensão do que se processa em âmbito individual possa servir de base para a análise de um contexto plural.

1.2 Satisfação profissional

Satisfação profissional, satisfação no trabalho ou satisfação ocupacional é definida como "(....) o *sentimento experienciado pelo trabalhador em resposta à situação total do trabalho*" (HARRIS, 1989). Estado comportamental flutuante de um indivíduo "(....) *decorrente de percepções subjetivas de fatores situacionais*" (HARRIS, 1989) que, segundo PÉREZ-RAMOS (1980) "(....) *compreende um conjunto de atitudes em relação a ele* (ao trabalho), *conforme as metas e valores dos indivíduos perante a vida.*"

LOCKE (1983) apud CAVANAGH (1992) define o conceito como "(....) *estado agradável ou emocionalmente positivo, resultante da avaliação de um trabalho ou experiência de trabalho.*" É um fenômeno complexo e multivariado. "(....) *não é um estado estático e está sujeito a influências e*

modificações de forças internas e externas ao ambiente imediato de trabalho" (FRASER, 1983).

O tema ***satisfação profissional*** foi escolhido pois esse conceito associa-se à esfera individual do ser trabalhador — seu bem-estar físico e emocional, sua qualidade de vida e à esfera organizacional — qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absenteísmo e rotatividade. PÉREZ-RAMOS (1980) destaca a influência negativa que as frustrações oriundas do trabalho têm sobre a saúde emocional e individual, originando as doenças ocupacionais e associa as dificuldades no ajustamento individual e equilíbrio emocional à insatisfação no trabalho.

O tema é de especial importância no campo da Enfermagem, pois bem-estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que influenciam direta, positiva ou negativamente, a qualidade da assistência de enfermagem e a percepção de aspectos relacionados à profissão. DEL CURA (1994) justifica essa opção "(....) *em virtude das próprias exigências do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, atuando na função de assistir ao paciente, ele possivelmente terá maiores condições emocionais e técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência se estiver satisfeito com o seu trabalho".*

1.2.1 Bases Teóricas

Os estudos sobre satisfação profissional têm se desenvolvido desde o início do século XX. Em 1911, o trabalho de Frederick W. Taylor, fundador da *Escola de Administração Científica,* baseou-se no pressuposto "(....) *que os indivíduos seriam motivados a realizar um bom trabalho se as recompensas estivessem diretamente relacionadas ao seu desempenho em tarefas minuciosamente planejadas"* (STAMPS; PIEDMONTE, 1986) e "(....) *que a satisfação no trabalho estaria em função da maior eficiência do empregado e, consequentemente, de maiores salários, os quais se traduziam, por sua vez, na melhoria da qualidade de vida"* (PÉREZ-RAMOS, 1980). Esse trabalho foi desenvolvido numa época em que os trabalhadores eram equalizados à maquinaria e a expectativa era a eficiência. O trabalho de Taylor é frequentemente utilizado de forma fragmentada e imprópria, em realidades sociais diferentes daquela na qual foi desenvolvido, objetivando-se mais a produtividade do que a satisfação dos trabalhadores.

As décadas de 20 e 30 foram marcadas pela emergência de uma abordagem humanístico-sociológica da satisfação profissional: a *Escola de Relações Humanas*. Um estudo com trabalhadores da indústria revelou que a satisfação com o trabalho dependia "(....) *da natureza do trabalho, da adaptabilidade do empregado à situação, da identificação de grupo socio-econômico e da habilidade em se relacionar a outros."* (STECHMILLER; YARANDI, 1992). A base psicológica para satisfação profissional foi estabelecida a partir de 1924, pelos estudos Hawthorne, de Elton Mayo e

colaboradores, com o estabelecimento de um dos grandes determinantes de satisfação profissional: a interação de grupo ou também denominada interação social (STECHMILLER; YARANDI, 1992). Daí vem a concepção de *homem-social*, cuja motivação parte das necessidades de participação, reconhecimento e aprovação social (CUNHA, 1987).

Na década de 40, Abraham H. Maslow desenvolveu a *Teoria da Hierarquia das Necessidades*, relacionando a satisfação das necessidades humanas ao processo motivacional. A motivação humana é aqui compreendida como o impulso que *move* o indivíduo em relação a um objetivo ou atendimento de uma necessidade. Maslow postulou que as necessidades humanas formam uma hierarquia de cinco níveis, segundo os quais os indivíduos priorizam suas necessidades de acordo com os valores atribuídos a elas, das necessidades fisiológicas básicas às necessidades de ordem elevada como as de segurança, as sociais, de estima e de auto-realização (PUSTAI, 1989; LICHT, 1990). Filosoficamente, presume que o motivador de comportamento não é a satisfação, mas a insatisfação (STAMPS; PIEDMONTE, 1986). O trabalho de Maslow formou a base para o desenvolvimento de outras teorias, como a de Herzberg (STAMPS, 1997a).

Amplamente utilizada no estudo da satisfação profissional, a *Teoria dos Dois Fatores*, de Frederick Herzberg, hipotetiza que satisfação e insatisfação não são opostos polares no mesmo contínuo, mas dois fenômenos separados e, algumas vezes, não relacionados. De acordo com essa teoria, os fatores intrínsecos ao trabalho, como realização,

responsabilidade e reconhecimento, têm predomínio na geração de satisfação; e os elementos que são extrínsecos ao conteúdo do trabalho, como administração e política organizacional, supervisão, salário e condições de trabalho, são geradores de insatisfação, mais do que de satisfação (ULLRICH, 1978). Herzberg utilizou o termo *motivadores* para identificar elementos profissionais geradores de satisfação. Os motivadores contribuem com o funcionamento individual a um nível mais alto de desempenho, que leva à satisfação profissional e incluem os fatores intrínsecos ao trabalho. Herzberg também utilizou o termo *fatores higiênicos* para identificar necessidades de nível mais baixo, relacionadas aos fatores extrínsecos ao trabalho. Herzberg estabeleceu que a insatisfação profissional ocorrerá se as necessidades de nível mais baixo não forem atingidas. No entanto, atingir as necessidades de nível mais baixo, de acordo com Herzberg, pode não levar a satisfação profissional (PUSTAI, 1989; STECHMILLER; YARANDI, 1992).

STAMPS (1997a) destaca a *Teoria da Expectância*, de Victor. H. Vroom, que hipotetiza que a satisfação profissional de um indivíduo é produto da importância relativa de várias necessidades pessoais e relacionadas ao trabalho: "(....) *as pessoas são motivadas a um bom desempenho no trabalho se elas acreditam (ou esperam) que serão recompensadas*" STAMPS (1997a). LICHT (1990) assim interpreta essa teoria:

"Para Vroom, a motivação de um indivíduo é determinada: (1) pela expectativa do indivíduo — de que seus esforços resultarão em um dado nível de desempenho; (2) pela expectativa de que este nível de desempenho será um

instrumental (meio) para obter êxitos desejados; e (3) uma antecipação (no sentido de antegozo) da satisfação, pelos êxitos a serem obtidos, também chamada de valência".

Outro modelo teórico destacado na literatura é a *Teoria da Referência de Grupos Sociais* ou *Teoria Da Eqüidade*, de J. S. Adams que postula: "(....) *a satisfação no trabalho é função das — ou no mínimo está positivamente relacionada às — características do trabalho que atendem os desejos daqueles grupos para os quais um trabalhador toma como referência na avaliação de sua própria realidade* (STAMPS, 1997a). Essa teoria implica na percepção da satisfação em comparação a um grupo/indivíduo-referência.

STAMPS; PIEDMONTE (1986) inferem sobre a perspectiva ideológica dessas teorias e argumentam que: "(....) *o maior problema da degradação do trabalho em nossa sociedade não é reconhecido, a ênfase é a falha dos trabalhadores em se ajustar ao sistema no qual trabalham."* Afirmam, ainda, que os estudos se concentram mais nas necessidades psicológicas do que nos resultados comportamentais, exceto quando o objetivo é a produtividade e, em última instância, a eficiência organizacional.

Apesar da existência e diversidade de fundamentação teórica da satisfação profissional, a enfermagem ainda não possui uma teoria universalmente aceita. Várias são as proposições. O que se percebe é que existe uma tendência de pesquisa direcionada à identificação dos aspectos organizacionais e sociais, que se relacionam à satisfação profissional entre

enfermeiras. A base teórica a ser utilizada deve ser multivariada, para que possa revelar ou explicar as diversas vertentes acerca das dimensões do tema.

1.2.2 Componentes da satisfação profissional

O constructo **satisfação profissional** pode ser conceitualizado como variável independente — quando o conceito se relaciona com outras variáveis, sem, contudo, explicitar as relações; ou como variável dependente — quando o conceito é abordado como consequência de outra variável ou dimensão.

BLEGEN (1993), numa meta-análise sobre os estudos de satisfação profissional realizados no campo da enfermagem, identificou trinta variáveis ou componentes relacionados ao tema. Ao analisar os dados, concluiu que diversas denominações de componentes definiam conceitualmente o mesmo fenômeno, e reduziu o número a treze. Classificou essas variáveis de acordo com os atributos relacionados: **pessoais** e **profissionais**.

As variáveis de atributo pessoal ou traços de personalidade são, segundo a autora: idade, educação, tempo de experiência e *locus* do controle. Essas variáveis são, também, denominadas de **fatores sociodemográficos** e STAMPS; PIEDMONTE (1986) comentam sua influência sobre a satisfação profissional:

- **Idade e tempo de experiência** - quanto maior a idade, maior a tendência em ser estável dentro de um grupo de trabalho e de

demonstrar maior satisfação profissional. O mesmo ocorre em relação ao tempo de experiência profissional.

- **Estado conjugal** - apesar do conflito entre as obrigações profissionais e as familiares, não há consenso nem clareza documentados.

- **Educação/nível de formação educacional** - sugerem haver relação entre a satisfação profissional e o nível profissional ocupado. Infere-se que quanto mais alto o nível profissional, mais alta é a necessidade expressa de importância do trabalho, mantendo relação inversamente proporcional à satisfação profissional. Essa idéia é apoiada por CAVANAGH (1992), que a complementa, explicando que a organização não é capaz de atender às diversas demandas de expectativas do trabalhador. KOSMOSKI; CALKIN (1986) ao estudarem um grupo de enfermeiras de UTIs levantaram dados que sugerem que enfermeiras com elevado nível de formação educacional tendem a apresentar maior grau de insatisfação com o trabalho.

As que se relacionam aos atributos profissionais ou aspectos organizacionais são: autonomia, compromisso (ou comprometimento), comunicação com colegas, comunicação com chefia, eqüidade, profissionalismo, reconhecimento, rotinização e stress. Essa denominação e classificação difere, em alguns aspectos, das utilizadas por outros autores (STECHMILLER; YARANDI, 1992; BOUMANS; LANDEWEERD, 1994). Isso pode ser explicado pelo fato de não ter sido encontrado relato de teoria ou modelo que tenha dirigido tais classificações. Isso leva à conclusão de que

cada autor utiliza seu próprio julgamento e avaliação na determinação das variáveis ou componentes.

Autonomia, a responsabilidade individual pelo trabalho, ou o controle sobre as decisões profissionais, associa-se às variáveis: *centralização* — o poder de decisão retido por uma autoridade central; *participação* — a amplitude do poder individual da tomada de decisão; *liberdade* — a contribuição do empregado nas decisões; *impotência* — a falta de poder individual na tomada de decisões; *controle pessoal* — o âmbito do poder individual sobre decisões profissionais. Das variáveis mencionadas, a centralização e a impotência mantém relação inversa com autonomia (BLEGEN, 1993).

Compromisso ou **comprometimento** relaciona-se às variáveis *lealdade* e *alienação*, mantendo a última relação inversa com a variável-chave. **Comunicação com colegas** relaciona-se à *coesão de grupo* e *integração social*. **Comunicação com chefia** relaciona-se à *comunicação instrumental* — o grau no qual o líder deixa claro e define seu papel e deixa seus seguidores saber o que é esperado deles (BOUMANS; LANDEWEERD, 1994); e *apoio do líder*.

Eqüidade relaciona-se à *justiça distributiva*, políticas justas de recompensas e punições. **Profissionalismo** possui dimensões na *motivação do trabalho* e *compromisso com a carreira*. **Reconhecimento** é o *feedback*. **Rotinização**, o desempenho de tarefas repetitivas, associa-se a *variedade* e

especialização. A variedade mantém relação inversamente proporcional com a rotinização. **Stress** relaciona-se à síndrome do *burnout*.

Em um estudo comparativo sobre o trabalho de enfermeiras em UTIs e outras unidades de internação, BOUMANS; LANDEWEERD (1994) utilizaram o Modelo de Características Profissionais de Hackman e Oldham, que postula que as variáveis do trabalho estão relacionadas às reações do trabalhador. Isto é, as características individuais mediam as relações entre as dimensões do trabalho e as variáveis de resultados. O modelo também sugere que os resultados positivos do trabalho — satisfação e motivação — dependem da ocorrência dos estados psicológicos de responsabilidade, conhecimento dos resultados do trabalho e significância do trabalho (PUSTAI, 1989).

Ainda em relação ao campo da enfermagem em UTI, encontram-se diversos estudos que relacionam a satisfação profissional ao stress (NORBECK, 1985; HIPWELL; HARRIS, 1989; EHRENFELD, 1991; STECHMILLER; YARANDI, 1992; STECHMILLER; YARANDI, 1993; BOUMANS; LANDEWEERD, 1994). Outros temas relacionados à satisfação profissional entre enfermeiras de UTI são: nível de formação educacional (OERMANN, 1995), socialização de recém-graduadas (CAINE, 1990; EVERS et al, 1994; BOYLE; POPKESS-VAWTER; TAUNTON, 1996), estrutura da unidade (KOSMOSKI; CALKIN, 1986); grau de autonomia (MARION et al, 1995; BUCKNALL; THOMAS, 1996), papel desempenhado (BIZEK; OERMANN, 1990; OERMANN; BIZEK, 1994), dimensionamento do quadro de pessoal

(PRICE; SOUTHERLAND, 1989), absenteísmo e rotatividade (DEAR et al, 1982; PRESCOTT, 1989; SONG et al, 1997), estilo gerencial e organizacional (BOUMANS; LANDEWEERD, 1993; RELF, 1995), modelos e padrões de prática (CONE et al, 1995; HASTINGS, 1995), relacionamento profissional (EVANS; CARLSON, 1992) e turnos de trabalho (UGROVICS; WRIGHT, 1990; HAWKINS; SUTTON, 1991; MCCOY, 1992).

Em nosso meio, foram encontrados alguns estudos relacionados à satisfação profissional no campo da enfermagem: MATOS (1985), CUNHA (1987), FÁVERO et al (1987), MAGALHÃES (1987), MARRA; FERNANDES; CARMAGNANI (1988), CASSIANI et al (1989), OGUISSO (1990), CORNETTA (1991), JACOMO (1991), MOURA (1992), LIMA (1993), SANTOS (1993), SANTOS; RODRIGUES FILHO (1993), CARANDINA (1994), DEL CURA (1994), ROSSI (1994), LAUTERT; RAMOS; BIANCHESSI (1995), SANTOS; RODRIGUES FILHO (1995), ANTUNES; SANT ANNA (1996), FÁVERO et al (1997), FERREIRA (1998). Os temas emergentes do fenômeno satisfação profissional são diversos e abordados de forma igualmente diversa. A variação do foco é tão grande que torna-se difícil a identificação de conceitos e concepções predominantes.

1.2.3 Instrumentos de medida

Na revisão da literatura relativa ao tema, o primeiro trabalho encontrado sobre satisfação profissional no campo da enfermagem, foi publicado na década de 50, por Robert P. Bullock. (BULLOCK,1953).

Nas décadas subsequentes, a avaliação da satisfação profissional adquiriu significância com o desenvolvimento de diversos instrumentos para sua medida, já que é um constructo que permite a avaliação de várias dimensões, sejam do campo individual, profissional, social ou organizacional.

Vários relatos da literatura identificaram diversos tipos de instrumentos de medida da satisfação profissional, assim como, as várias facetas do conceito. STAMPS; PIEDMONTE (1986) analisaram as dificuldades do desenvolvimento e realização de medidas adequadas de um fenômeno essencialmente qualitativo, de fundamentação teórica inconsistentemente descrita, fracamente definido, notoriamente pouco claro quanto à especificação de variáveis e tão casualmente medido.

Existem vários instrumentos já utilizados para a medida da satisfação profissional entre enfermeiras. Alguns foram desenvolvidos no campo de outras disciplinas, destacando-se a Psicologia Ocupacional. Originariamente desenvolvidos para a avaliação de outras ocupações, foram replicados e utilizados na enfermagem. Outros foram desenvolvidos especificamente para uso da Enfermagem. Relacionam-se a seguir, alguns instrumentos encontrados:

- Job Satisfaction Index (BRAYFIELD; ROTHE, 1951 apud WAKEFIELD et al, 1988)
- Job Descriptive Index (SMITH; KENDALL; HULIN, 1969 apud HARRISON; MCLAUGHLIN, 1993)
- Job Satisfaction Tool (MUNSON-HEDA, 1974)

- Job Diagnostic Survey (HACKMAN; OLDHAM, 1975 apud BOUMANS; LANDEWEERD, 1994)
- Job Characteristics Inventory (SIMS; SZILAGYI; KELLER, 1976 apud MISENER et al 1996)
- Price and Mueller's Satisfaction Instrument (PRICE; MUELLER, 1986 apud BOYLE; POPKESS-VAWTER; TAUNTON, 1996)
- Nursing Job Satisfaction Scale (TORRES, 1988)
- McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MUELLER; MCCLOSKEY, 1990)
- Perceptions of the Nurses' Workplace (PNW) Questionnaire (DODDS; LAWRENCE; WEARING, 1991)
- Satisfaction with the Clinical Ladder Scale (CORLEY et al, 1994)
- Work Quality Index (WHITLEY; PUTZIER, 1994)
- Job Satisfaction Questionnaire (MATRUNOLA, 1996)

Não há consenso, porém, sobre qual instrumento utilizar, e em quais ambientes. O que se percebe é que o tipo de instrumento de medida ou os componentes propostos a serem medidos, são influenciados pela base teórica que fundamenta a investigação. MISENER et al (1996) sugerem que o instrumento mais apropriado é aquele que pode ser utilizável em uma variedade de locais e culturas, permitindo comparações.

2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Tradicionalmente, a pesquisa em enfermagem utiliza as abordagens quantitativas, o que não descarta a elaboração qualitativa que permeia esses estudos. MOCCIA (1988) afirma que a preferência por uma estratégia específica de pesquisa não é apenas uma escolha técnica, é uma atividade ética, moral, ideológica e política. CARR (1994) complementa a idéia argumentando que a escolha por um método específico de abordagem deve ser avaliada considerando-se seus méritos e limitações em relação à questão particular do estudo.

A importância da pesquisa transcultural, no domínio da Enfermagem, baseia-se na premissa do estabelecimento de um corpo universal de conhecimentos científicos que fundamente a profissão atravessando fronteiras, generalizando teorias, identificando padrões e sínteses de denominadores comuns em teorias que sejam válidas entre várias culturas. (O'BRIEN, 1981; DECHESNAY, 1983)

A pesquisa transcultural tem dois objetivos distintos: operacional ou comparativo. O objetivo é considerado operacional quando o estudo se propõe a determinar a distância cultural entre grupos ou o grau de aculturação e o instrumento da pesquisa funciona como critério para

interpretação de resultados. No objetivo comparativo, a proposta é testar um constructo através de culturas (JONES, 1987).

O teste de um constructo através de culturas exige uma metodologia sistemática, objetiva e rigorosa para que suas dimensões não se diluam sob as influências culturais e pessoais do pesquisador, descaracterizando sua estrutura original. FERKETICH; PHILLIPS; VERRAN (1993) alertam para as influências que a visão particular do pesquisador tem sobre o universo de interesse, que vão desde a escolha ou desenvolvimento de um instrumento até a interpretação dos resultados do estudo, passando por seu julgamento em relação à medida de um fenômeno entre grupos culturais diversos ou a utilização de um instrumento em um grupo para o qual não foi idealizado. Daí, apontam a necessidade do uso de medidas que sejam apropriadas à população a ser estudada, ao fenômeno de interesse e à questão da pesquisa.

Segundo GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), a adaptação transcultural de instrumentos distingue-se da comparação transcultural porque sua proposta é "(....) *medir um fenômeno similar em culturas diferentes*", com a produção de um instrumento equivalente, adaptado para outra cultura. Trata-se de uma etapa prévia à comparação transcultural, funcionando como pré-requisito.

A adaptação transcultural tem dois componentes — a tradução do instrumento e sua adaptação, propriamente dita. Isso implica na combinação da tradução literal de palavras e sentenças individuais, de um idioma para

outro, de um contexto cultural para outro e na avaliação da qualidade da medida adaptada em relação aos componentes de sensibilidade: proposta da medida, compreensibilidade, validade aparente e de conteúdo, replicabilidade e adequação das escalas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

No campo da enfermagem, existem numerosos estudos transculturais porém, a maioria deles é pouco consistente no que se refere ao método de adaptação dos instrumentos de medida entre diferentes culturas. Em decorrência disso, é imperativa a determinação de procedimentos sistematizados para adaptar e validar os instrumentos de medida, já que a transposição de uma medida, do seu contexto cultural para outro exige mais que simples tradução, devido às diferenças culturais e de linguagem. MUNET-VILARÓ (1988) alerta quanto às dificuldades metodológicas existentes em pesquisa transcultural: "(....) *ao se medir um conceito ou constructo* (....) *ambos grupos culturais devem concordar com as propriedades e características que envolvem o conceito.*"

GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) e GUILLEMIN (1995), considerando achados literários sobre o tema, sugerem uma abordagem metodológica de adaptação transcultural e validação de instrumentos de medida de qualidade de vida, que supera a inadequação de simples traduções, preservando a sensibilidade na cultura-alvo. Os procedimentos básicos propostos podem ser utilizados em instrumentos de medida de outros fenômenos pois objetivam a manutenção das propriedades psicométricas em

diferentes contextos e linguagens. Serão utilizadas chamadas de outros autores, consideradas relevantes à temática, no decorrer da estruturação da proposta metodológica de GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), apresentada a seguir.

2.1 Tradução

Os autores recomendam a realização de, no mínimo duas traduções. Estas devem ser realizadas por tradutores independentes, permitindo a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos. Acrescentam que a qualidade das traduções pode ser implementada quando realizadas por equipes de tradutores, eliminando idiossincrasias pessoais.

Recomendam que sejam utilizados tradutores qualificados, nativos do idioma-alvo e culturalmente representativos da população-alvo do estudo. Para a elicitação de significados não esperados do instrumento original, podem ser omitidos os objetivos do material a ser traduzido assim como os conceitos nele envolvidos. Porém, esse procedimento não é mandatório na medida em que pode comprometer a confiabilidade da restituição da medida pretendida.

McDERMOTT; PALCHANES (1994) alertam para o fato de que a tradução de um instrumento de medida deve ser seguramente acurada, já que alguns métodos de pesquisa quantitativa usualmente não possibilitam a

clarificação de idéias e a identificação de possíveis divergências de compreensão através da comunicação entre pesquisador e o sujeito. Complementando os requisitos de manutenção de qualidade em traduções, as autoras reiteram que as traduções de itens de um instrumento, de um idioma para outro, não é um processo meramente acadêmico. Devem ser feitas considerações quanto ao significado de expressões idiomáticas, jargões, coloquialismos e palavras que têm significância apenas no idioma de origem.

JONES (1987) alerta sobre a influência que uma estratégia específica de tradução tem sobre os resultados de uma pesquisa: "(....) *na tradução devem ser utilizados procedimentos apropriados ou os resultados podem refletir mais os erros da tradução do que as diferenças nas variáveis que estão sendo mensuradas*" e complementa, descrevendo que a tradução, em estudos comparativos, deve "(....) *objetivar a mesma familiaridade e coloquialidade nas culturas de origem e alvo, e incluir itens comuns a ambas culturas*".

2.2 *Back-translation*

Back-translation é o termo utilizado para definir o procedimento de re-tradução do instrumento, ou seja, traduzir a versão do idioma-alvo para o idioma de origem e a comparação entre essa versão e o instrumento de origem. É recomendado que os tradutores dessa etapa sejam fluentes nos idiomas e formas coloquiais da língua de origem e que não tenham

conhecimento prévio da intenção e conceitos do material. Esse requisito permite a eliminação de tendenciosidade e expectativas, podendo revelar significados e interpretações não-esperados. Devem ser realizadas tantas *back-translations* quantas traduções, independentes entre si.

McDERMOTT; PALCHANES (1994) concordam que o tradutor que realiza a *back-translation* não tenham conhecimento sobre o instrumento original, e denominam esse processo como *back-translation cega*. Afirmam que a qualidade da *back-translation* é implementada quando a medida traduzida para o idioma-alvo for escrita de forma simples, utilizando verbos no tempo presente e destituída de metáforas, coloquialismos, frases hipotéticas e redundâncias. Acrescentam que a equivalência entre a versão da *back-translation* e a versão traduzida para o idioma-alvo não assegura a equivalência entre a versão da *back-translation* e o instrumento de origem. *"(....) isto pode ocorrer quando os tradutores têm conhecimento similar de significados de palavras não equivalentes e quando o tradutor da back-translation pode dar sentido a uma versão do idioma-alvo mal realizada."*

2.3 Revisão por Comitê de Especialistas

Os autores recomendam a constituição de um comitê, com a finalidade de produzir a versão final da medida modificada, baseando-se nas várias traduções e *back-translations* obtidas.

Esse comitê deve ser constituído por indivíduos representativos da população-alvo, especialistas nos conceitos a serem explorados e, preferencialmente, bilíngües. DAVIS (1992) salienta que a escolha dos especialistas deve basear-se em como o pesquisador define a *expertise* individual necessária, em relação ao objeto do estudo. Sugere que, dependendo da proposta do estudo, os especialistas sejam definidos pela sua experiência com a população-alvo; ou por possuírem domínio do tema, em relação às técnicas estruturais da construção de instrumentos ou à estrutura teórico-conceitual do estudo. A autora alerta quanto a dificuldade em encontrar especialistas que sejam, simultaneamente, *experts* em ambas áreas.

WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991) recomendam que, para a operacionalização da revisão, seja desenvolvido um instrumento que permita elicitar as opiniões e avaliar o tema, de forma estruturada. Esse instrumento deve, ainda, conter as instruções, orientações ou regras que guiam a avaliação. As autoras também recomendam que sejam fornecidas aos especialistas cópias do instrumento sob avaliação, informações sobre as propostas do instrumento e as definições operacionais do estudo.

Segundo GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), os especialistas têm, entre outras funções, a revisão da introdução e instruções do questionário e a revisão das questões ou afirmações para resultar em uma medida melhor adaptada em termos de idiomas e coloquialismos, mantendo-se a replicabilidade.

Nessa etapa, a procura por um meio termo que expresse um conceito em ambas línguas é o melhor meio para se assegurar que a versão final mantenha validade de conteúdo, daí a recomendação de que os membros do comitê sejam fluentes em ambos idiomas. Essa fase do processo pode ser realizada pelo próprio autor do instrumento, quando isto for possível. Ele pode fornecer uma versão operacional do instrumento ou itens problemáticos, mantendo o conceito das questões e evitando coloquialismos. Na impossibilidade da participação do autor, esse processo deve ser realizado pelo comitê.

O comitê também tem por funções a modificação ou eliminação de itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e a criação de substitutos que se adequem à população-alvo, enquanto mantêm o conceito geral dos itens eliminados. Também deve assegurar que a versão traduzida seja totalmente compreensível. Isso inclui: sentenças curtas; palavras-chave em cada item; voz ativa ao invés de voz passiva; nomes repetidos, ao contrário de pronomes; termos específicos, mais do que termos gerais.

Sobre as modificações a serem realizadas no instrumento, para acomodar a acurácia, inerentes ao processo de adaptação, McDERMOTT; PALCHANES (1994) sugerem uma análise crítica sobre os objetivos da pesquisa transcultural, se são comparativos ou operacionais. Dependendo dos objetivos, as traduções podem ser simétricas (operacional) ou assimétricas (comparativo).

Para a verificação da equivalência transcultural entre o instrumento original e a versão final, GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) sugerem a consideração dos seguintes aspectos:

- **equivalência semântica**, que é a equivalência no significado das palavras. É influenciada por vocabulário e gramática. Na verificação da equivalência semântica, podem ser necessárias alterações gramaticais na construção das sentenças.

- **equivalência idiomática**, que é o uso de expressões equivalentes. Algumas expressões coloquiais e idiomáticas, principalmente nas dimensões emocional e social, são raramente traduzíveis por isso faz-se necessária a substituição por expressões idiomáticas equivalentes.

- **equivalência experimental** ou **cultural** significa que as situações evocadas ou retratadas na versão original devem atender ao contexto cultural alvo e ser coerentes com ele. Isso pode necessitar a modificação de itens.

- **equivalência conceitual** refere-se à validade do conceito explorado e aos eventos experienciados pelos indivíduos da cultura-alvo, já que alguns itens podem ser semanticamente equivalentes sem possuírem significado conceitual equivalente à cultura-alvo.

2.4 Pré-teste

GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) recomendam a utilização de técnicas de pré-teste para verificação da equivalência entre o instrumento original e a versão final adaptada. Discorrem sobre duas técnicas: a técnica de prova — determinação da compreensibilidade do instrumento ao ser aplicado a uma amostra da população-alvo e a avaliação por bilíngües — aplicação das versões original e final do instrumento a um grupo de bilíngües, para verificação da equivalência. Os autores recomendam que haja opção por apenas uma das técnicas.

2.5 Ponderação de escores

As versões originais de alguns instrumentos são acompanhadas por um método de ponderação de escores, permitindo a combinação de informações em um ou diversos índices. Diante disso, os autores recomendam a consideração de possíveis adaptações dos escores ao contexto cultural-alvo. A avaliação dessa ponderação de escores pode ser realizada por duas técnicas ou abordagens, a matemática — uso de técnicas estatísticas na análise dos dados e por julgamento — o reexame da validade transcultural da ponderação de itens, por especialistas.

2.6. Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado

Em publicação posterior, GUILLEMIN (1995) aponta a importância da avaliação e documentação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado. Considera validade como "(....) *a habilidade de um método de medida em medir o que se propõe*" e sugere a consideração dos processos de validação de conteúdo, validação relacionada ao critério, validação de constructo, determinação da confiabilidade e sensibilidade à mudanças.

A importância da avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado já havia sido apontada por WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991), que alertam para o fato de que, mesmo quando as propriedades foram avaliadas no instrumento original, novos testes de confiabilidade e a validade devem ser realizados, assumindo as premissas de que, ao ser aplicado numa população diferente da original, tem propriedades desconhecidas; e, que podem mudar sob diferentes condições de administração. As autoras recomendam que para a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento a ser utilizado, considere-se os procedimentos utilizados no desenvolvimento do instrumento e em estudos posteriores; "(....) *a diversidade de condições nas quais as estimativas foram realizadas; características das populações pelas foram obtidas; grau de similaridade entre a situação para a qual o instrumento está sendo avaliado e aquelas nas quais os dados foram avaliados; avaliação da adequação dos*

procedimentos utilizados para avaliar a confiabilidade e validade, dado o tipo de instrumento e uso pretendido".

WERNER; CAMPBELL (1973) apontam para a avaliação do instrumento adaptado através da avaliação da similaridade dos testes estatísticos encontrados nas aplicações do instrumento original e do instrumento adaptado e destacam que essa similaridade "(....) *pode ser uma evidência quase inequívoca tanto da universalidade do trato quanto da adequação da tradução".*

3 O *INDEX OF WORK SATISFACTION (IWS)* — ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O *Index of Work Satisfaction* — Índice de Satisfação Profissional — foi criado e desenvolvido por Paula L. Stamps (STAMPS, 1997a).

Trata-se de um instrumento destinado ao estudo da satisfação profissional de enfermeiras. O histórico desse instrumento de medida compreende um período de vinte e cinco anos, desde sua concepção, em 1972, até a publicação de sua última versão revisada, em 1997 (ANEXO 1).

Tem por objetivos medir o nível de satisfação de enfermeiras em relação aos componentes do trabalho e identificar a importância relativa que esses profissionais dão a esses componentes.

Segundo STAMPS (1997a), a primeira etapa, prévia ao desenvolvimento do instrumento, foi a determinação de uma orientação teórica consistente que fornecesse a estrutura mais aplicável. Em etapa posterior, desenvolveu o instrumento com as propostas de:

- ser estatisticamente válido e confiável, enquanto medida do nível de satisfação no trabalho de enfermeiras;
- ser de fácil compreensão e uso;
- ser utilizado, rotineiramente, em benefício da equipe de enfermagem;

- tornar-se uma fonte geradora de informações para uso de gerentes e administradores na reformulação de papéis, processos e organizações.

O constructo **satisfação profissional** foi dividido em componentes conceitual e operacionalmente separados; a autora argumenta que essa divisão torna mais fácil tanto a medida em si quanto as possíveis alterações em nível organizacional (STAMPS, 1997a).

O instrumento de medida baseia-se em seis componentes do trabalho, que medem tanto a importância que a enfermeira dá a cada um, quanto o nível atual de satisfação em relação a cada componente específico. Essa abordagem foi diretamente influenciada pelas *Teoria dos Dois Fatores* e *Teoria da Hierarquia das Necessidades*, de Herzberg e Maslow, que sugerem que os diferentes componentes da satisfação profissional produzem diferentes níveis de satisfação. A *Teoria da Referência de Grupos Sociais*, de Adams, também influenciou o instrumento, traduzindo-se pela inclusão de itens que comparam atitudes entre grupos de colegas.

3.1 Componentes dimensionados

STAMPS (1997a) considera satisfação profissional um conceito multifacetado, composto por dimensões teórico-conceituais diferentes. A construção do instrumento baseou-se no pressuposto que a satisfação

profissional pode ser melhor medida pela separação do constructo em suas partes componentes, a seguir identificadas:

- ***Autonomia*** - permite que um trabalhador controle tanto o conteúdo como os termos da situação de trabalho. Definida pela autora como o grau de independência, iniciativa e liberdade relacionadas ao trabalho, permitidas ou necessárias nas tarefas diárias. Autonomia, no campo da enfermagem, tem sido tradicionalmente vista sob a perspectiva das relações de poder dentro das instituições hospitalares e está intrinsecamente relacionada ao modelo hierárquico vigente e às políticas e normas organizacionais. DWYER, SCHWARTZ, FOX (1992) assumem a perspectiva teórica de que a detenção do controle, pelas enfermeiras, sobre as decisões que as afetam e aos pacientes equaliza-se à hipotética imagem de profissionalismo da Enfermagem e que é fator de influência no nível de satisfação profissional. Outros achados da literatura (ALEXANDER, WEISMAN, CHASE, 1982; BUCKNALL, THOMAS, 1996) corroboram essa idéia.

- ***Interação*** - opera em dois níveis: as relações interpessoais informais no ambiente de trabalho e o sistema de comunicação formal, que é requerido como parte do trabalho. Significa as oportunidades e demandas que se apresentam nos contatos social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho. A autora considera significativa a distinção da Interação *entre* ***Enfermeira/Médico*** e ***Enfermeira/Enfermeira***.

- ***Status Profissional*** - relaciona-se não apenas ao nível pessoal de avaliação da importância relativa de um trabalho, mas ao nível de importância relacionada àquele trabalho, atribuída por membros de um grupo social. É a importância global sentida sobre o trabalho, em nível pessoal e sua importância para a organização e a comunidade. No cotidiano de enfermeiras existe muita discussão sobre o status profissional da enfermagem. Problemas de identidade profissional, incluindo falta de clareza sobre o status de ciência e papel da enfermagem, compõem essa situação. A importância desse componente sobre o nível de satisfação profissional é partilhada por outros autores (EVANS; CARLSON, 1992; ADAMSON, KENNY, 1993).

- ***Requisitos do trabalho*** - refere-se ao conteúdo atual do trabalho, por si. "(....) *são aquelas atividades que devem ser realizadas como uma parte regular do trabalho"* (STAMPS, 1997a). São fontes de um número de resultados progressivamente valorizados. As enfermeiras foram formadas para "(....) *funcionar em um nível alto de competência mas têm sido limitadas, na burocracia médica, a uma subutilização geral de seus talentos"* (STAMPS, 1997a). EVANS; CARLSON (1992) alertam para essa situação, especificamente no campo da enfermagem em cuidados intensivos, justificando que, a despeito da capacitação exigida, as enfermeiras ainda não atingiram a otimização de seu potencial profissional. Relacionam esse fato à ocupação de grande parte de seu tempo de trabalho em atividades que justificadamente não são suas, nem pertinentes e que poderiam,

efetivamente, serem delegadas a outros, como: atividades de secretaria e atendimento de telefonemas.

- ***Normas organizacionais*** - a estrutura organizacional assim como o clima e cultura organizacionais têm forte influência sobre o nível de satisfação profissional. Inclui fatores sobre os quais as gerências têm controle. São limites ou regras estabelecidos sobre as atividades de trabalho, pelo gerenciamento organizacional. O modelo hospitalar hierárquico tradicional dificulta as relações entre profissionais que têm sua própria esfera de influência, na medida em que o questionamento da autoridade ou recusa, dentro dessa hierarquia, é visto como insubordinação (EVANS; CARLSON, 1992).

- ***Remuneração*** - provavelmente, o aspecto mais importante sobre remuneração é sua relação com o que outros estão recebendo por trabalho similar. O aspecto não é muito claro, já que as pessoas podem estar satisfeitas com sua remuneração e não satisfeitas com seu trabalho. Depende mais da percepção da quantidade de remuneração recebida comparada àquela que outros recebem (Teoria de Referência de Grupos Sociais) do que da quantidade absoluta de dinheiro recebido. A autora define remuneração como pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho realizado. Em estudos prévios da autora, remuneração é a maior fonte de insatisfação no trabalho. EVANS; CARLSON (1992) acrescentam que os salários na Enfermagem são tradicionalmente baixos, não equivalentes ao preparo educacional e responsabilidades da

profissão, e que existe falta de reconhecimento financeiro da experiência e perícia. Em termos sucintos, remuneração somente não parece levar à satisfação profissional, mas é inegavelmente um fator muito importante (SILLS, 1993).

Dos seis componentes identificados, quatro são consistentes com a identificação de variáveis realizada por BLEGEN (1993): autonomia, requisitos do trabalho, status profissional e interação.

3.2 Design do instrumento

O instrumento é auto-aplicável, composto por duas partes — A e B — e utiliza o método clássico de medidas de atitudes que relaciona a medida à situação atual de trabalho, associado à medida de expectativas em relação ao trabalho.

A parte A do instrumento consiste de uma lista de *Comparações Pareadas*, baseada na técnica desenvolvida por Allen L. Edwards. Segundo EDWARDS (1957) "(....) *a lei do julgamento comparativo tornou possível a investigação quantitativa de todos os tipos de valores e experiências subjetivas*". Seguindo essa técnica, foram estabelecidos julgamentos comparativos, dois a dois, entre os seis componentes, através de conjuntos dispostos sob a forma de 15 possíveis pares. O número de combinações (C_n = 15) foi estabelecido segundo a fórmula:

$$C_n = \frac{n\ (n\ -\ 1)}{2}$$

onde *n* representa o número de componentes a ser combinado (EDWARDS, 1957).

Cada um dos seis componentes da satisfação profissional é combinado com outro componente. Isso permite que o respondente escolha um componente de cada par, o que é chamado *comparação de escolha forçada*. Essa parte do instrumento permite a medida da importância relativa de cada componente, atribuída pelo respondente, o que permite a compreensão de suas expectativas. STAMPS (1997a) justifica seu uso pela base teórica que sustenta que a satisfação profissional é mediada pelas expectativas do trabalhador.

A parte B, de formato mais robusto, consiste de uma escala tipo Likert de sete pontos, que varia entre *discorda inteiramente* (1) e *concorda inteiramente* (7). É composta por 44 enunciados que abrangem os seis componentes da satisfação profissional entre enfermeiras e mede o quanto a enfermeira está satisfeita em relação a cada um dos seis componentes. Cada um desses itens mede a satisfação de apenas um dos seis componentes. Cabe aqui ressaltar a conceituação dada por POLIT; HUNGLER (1995) para esse tipo de escalas: "(....) *a escala Likert consiste em vários enunciados declarativos (por vezes, chamados de 'itens') que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Solicita-se aos respondentes que indiquem em que grau concordam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordam*". STAMPS (1997a) documentou o desenvolvimento da escala seguindo uma

abordagem consistente com o método Likert de construção de escalas de atitudes:

- disposição aleatória dos enunciados pela escala, de forma que impossibilite ao respondente identificar o componente que está sendo testado;
- equilíbrio entre o número de enunciados positivos e negativos (meio a meio);
- o modo de resposta de sete pontos implica num ponto mediano neutro, que permite ao respondente refinar as distinções; e ao pesquisador, agrupar os dados.
- determinação da direção positiva da escala e a inversão dos escores de forma que o escore mais alto represente o nível mais alto de satisfação, desde que o instrumento se propõe a medir *satisfação* e, não, *insatisfação*.

Os enunciados positivos e negativos foram distribuídos ao longo da escala, conforme Tabela 1, que também mostra sua direção.

Tabela 1 - Distribuição dos itens do Index of Work Satisfaction, por componente, segundo direção. São Paulo, 1999.

Componente	Enunciados Positivos	Enunciados Negativos
Remuneração	1, 14, 32	8, 21, 44
Status Profissional	9, 11, 34, 38	2, 27, 41
Autonomia	13, 26, 43	7, 17, 20, 30, 31
Normas Organizacionais	5, 25, 40, 42	12, 18, 33
Requisitos do trabalho	22, 24, 29	4, 15, 36
Interação	3, 6, 16, 19, 37	10, 23, 28, 35, 39
Enfermeira-Enfermeira	3, 16	10, 23, 28
Enfermeira-Médico	6, 19, 37	35, 39

Essa parte do instrumento permite a medida do atual nível de satisfação quanto a cada um dos seis componentes.

A Tabela 2 mostra o intervalo de escores da Parte B do IWS.

Tabela 2 - Distribuição dos itens do Index of Work Satisfaction, por componente, segundo número de itens e variação de escores. São Paulo, 1999.

Componente	Número de Itens	Variação de escores
Remuneração	6	6 a 42
Status Profissional	7	7 a 49
Autonomia	8	8 a 56
Políticas Organizacionais	7	7 a 49
Requisitos do trabalho	6	6 a 42
Interação	10	10 a 70
Enfermeira-Enfermeira	5	5 a 35
Enfermeira-Médico	5	5 a 35

3.3 Procedimentos de escore

Os procedimentos de escore seguem orientações da autora (STAMPS, 1997b), descritas a seguir.

Para o escore das Comparações Pareadas são utilizadas classificações de importância para criar ponderações para cada um dos seis componentes, assumindo-se a premissa que quanto mais um componente é escolhido, mais importante ele é para o respondente.

Primeiramente, cria-se uma matriz de frequência, que relaciona quantas vezes cada componente é escolhido, em relação aos outros componentes. As freqüências de resposta são, então, convertidas em uma matriz de proporção, através da divisão dos valores absolutos (número de vezes que o componente foi escolhido), pelo tamanho da amostra total.

Para a conversão das proporções ou porcentagens em desvios-padrão, baseados em uma distribuição normal de respostas, a matriz de proporção é convertida numa matriz-Z, utilizando-se uma tabela estatística padrão (EDWARDS, 1957). A correção dos escores-Z, através da adição de um fator de correção, é utilizada para eliminar os valores negativos. A escolha do fator de correção (constante) baseia-se na análise do melhor valor que equilibra o maior número negativo encontrado. Para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, aplica-se o fator de correção ao valor da média dos *Z-scores*.

Da matriz-Z ajustada, são gerados valores por cada componente. Esses valores são denominados Coeficientes de Ponderação dos

Componentes e medem o nível de importância de cada componente para uma dada amostra e fazem parte do cálculo do IWS, propriamente dito.

Para o escore da Escala de Atitudes, primeiramente os itens são agrupados, segundo componente. A partir disso, são criadas matrizes de distribuição das freqüências de respostas, por componente. Essas matrizes de frequência permitem uma análise qualitativa dos itens e componentes, de acordo com as respostas dadas.

Utilizando-se as matrizes de freqüências de respostas por componentes, deve ser realizada a inversão dos escores dos itens. A inversão dos escores é um procedimento mandatório para a determinação do escore total da escala, na medida em 22 itens da escala são positivos e 22 são negativos, e a direção da escala é positiva. Isso significa que o escore mais alto (7) deve ser dado à resposta que indica maior nível de satisfação. A inversão dos escores deve ser realizado seguindo o esquema mostrado na Figura 1.

Escore original	1	2	3	4	5	6	7
Escore invertido	7	6	5	4	3	2	1

Figura 1 - Esquema para inversão dos escores da escala de atitudes. São Paulo, 1999.

A partir das inversões dos escores, são criadas matrizes de distribuição de freqüências de respostas, por componente. Em cada matriz, é

realizada a somatória de todos os valores atribuídos aos itens (os escores), já invertidos. O número gerado em cada componente, denominado Escore Total do Componente, é um valor não ponderado.

Após a determinação dos escores totais dos componentes, esses valores são divididos pelo numero total de itens que compõem cada componente, gerando os Escores Médios dos Componentes. Em ambos casos, deve ser realizada a divisão dos números gerados pelo número de casos da amostra.

Através da somatória de todos escores de todos os itens da escala são calculados o Escore Total da Escala, e o Escore Médio da Escala, através da divisão do escore total da escala pelo número de itens da escala, 44. Nessa etapa do escore, também são realizadas as divisões dos números gerados pelo número de casos da amostra e podem ser considerados os sub-componentes da Interação.

Para o cálculo do IWS, propriamente dito, é necessária a utilização dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, gerados no cálculo das Comparações Pareadas. O Coeficiente de cada componente é multiplicado pelo Escore Médio do respectivo componente, gerado a partir da escala de atitudes, obtendo-se, assim, os Escores Ajustados dos Componentes. Nessa etapa do escore, os sub-componentes da Interação não são considerados já que não há cálculo de Coeficiente de Ponderação dos Componente para esses sub-componentes.

O IWS, propriamente dito, é obtido através da soma dos escores ajustados dos seis componentes e sua divisão por seis.

3.4 Avaliação estatística

A confiabilidade do instrumento foi analisada por dois meios — o Alfa de Cronbach e o Tau de Kendall — para medir a consistência interna (homogeneidade); e a validade foi analisada pela análise fatorial. STAMPS (1997a) documentou amplamente os procedimentos de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

O Tau de Kendall (τ) foi utilizado para medir o poder de correlação entre o escore ponderado (o Index of Work Satisfaction) e o escore somado da escala de atitudes. Foi utilizado para determinar se ocorreram diferenças significativas entre esses valores. A correlação foi alta e seu valor está entre 0.80 e 0.90.

O Alfa de Cronbach dá uma estimativa da integridade dos seis componentes. Quanto mais alto o valor, maior é a proximidade entre os itens. Variou de 0.69 a 0.90, com um coeficiente médio de 0.86.

Para a análise fatorial foi utilizada o processo de rotação *varimax*. Segundo WALTZ; BAUSELL (1981p.301) esse processo considera os fatores mais importantes que, após rotação, permanecem independentes entre si.

4 OBJETIVOS

A maioria dos instrumentos de medida de satisfação profissional foi desenvolvida em países de língua inglesa e direcionada à essas populações. Considerando as diferenças culturais que existem entre esses países e o Brasil, a proposta do estudo é a adaptação transcultural do ***Index of Work Satisfaction (IWS)***, o Índice de Satisfação Profissional, para a realidade brasileira da enfermagem em cuidados intensivos[3] e a validação dessa versão, seguindo os princípios metodológicos de adaptação transcultural e validação de escalas psicométricas. Esse instrumento deverá ser utilizado para a análise do grau da satisfação profissional percebida por enfermeiras que trabalham um UTIs.

A importância da existência de um instrumento válido, confiável, de fácil aplicação e que meça o nível de satisfação entre enfermeiras, em relação ao seu trabalho em UTIs, decorre da preocupação com a necessidade de fornecer substrato para a aplicação de conceitos teóricos ao domínio da prática, revertendo em intervenções que venham a ser, em última instância, facilitadoras dos processos do cuidar.

---

[3] O termo *enfermagem em cuidados intensivos* refere-se à prestação de assistência de enfermagem em UTIs

Partindo-se dessas propostas, e da premissa de que uma escala de medida de satisfação profissional entre enfermeiras possa ser adaptada e validada entre diferentes países e culturas, o presente estudo tem por objetivos:

- Realizar a tradução do Index of Work Satisfaction para a língua portuguesa.
- Adequar a tradução do Index of Work Satisfaction para a cultura de enfermeiras brasileiras de UTIs.
- Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento traduzido e adaptado, para sua utilização no contexto da enfermagem em cuidados intensivos.
- Identificar o nível de satisfação profissional das enfermeiras de UTIs.
- Verificar o grau de importância atribuído pelas enfermeiras de UTIs a cada um dos componentes da satisfação profissional: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

5 MÉTODO

5.1 A escolha do instrumento

A avaliação dos diversos estudos anteriormente citados criou uma dicotomia quanto a conduta a ser adotada deste estudo: a criação e desenvolvimento de um instrumento ou a aplicação de um instrumento previamente utilizado.

A criação de um novo instrumento implica na conceitualização de uma nova medida e na seleção e redução de suas variáveis. Esse processo, longo e oneroso, só se justifica quando a avaliação crítica das dimensões abrangidas e das propriedades de instrumentos já construídos e validados demonstrar que são insuficientes ou inconsistentes para medir o conceito ou dimensão a serem explorados. Por isso, o desenvolvimento de um novo instrumento de medida de satisfação profissional foi considerado um empenho, no mínimo, redundante, já que desconsideraria todo o trabalho até então realizado nesse campo e a tendência mundial de utilização internacional de medidas padronizadas. CICONELLI (1997) apoia a idéia: *"(....) é importante avaliar a real necessidade de criar-se um novo instrumento caso exista um anterior com a mesma proposta e de boa qualidade"*.

O ***Index of Work Satisfaction (IWS)*** foi considerado um instrumento válido e confiável, que se propõe a medir aspectos relevantes da satisfação profissional de enfermeiras.

A autorização formal para uso do instrumento (ANEXO 2) foi obtida junto à autora, Paula L. Stamps e à empresa Market Street Research, Inc., sediada em Northampton, Massachusetts, EUA[4], que juntos mantêm os direitos autorais. O procedimento para autorização foi realizado durante os meses de março a maio de 1998, através de contatos por correio convencional e correio eletrônico, e pelo pagamento da taxa de US$ 12.50, que viabilizou o uso do instrumento.

Na revisão da literatura nacional, não foi encontrado estudo que tenha realizado a adaptação do IWS ao nosso meio. Esse fato foi confirmado pela autora do instrumento, que desconhece a sua utilização no Brasil, em ocasiões anteriores a esta.

A adaptação do IWS para a língua portuguesa e para a cultura de enfermeiras brasileiras de UTIs seguiu o referencial metodológico proposto por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993).

5.2 Tradução do IWS

A primeira etapa do processo de adaptação do IWS foi sua tradução para a língua portuguesa, uma vez que foi originariamente desenvolvido em língua inglesa. Essa fase ocorreu durante os meses de maio a julho de 1998.

[4] Estados Unidos da América

Inicialmente, o IWS foi traduzido pela pesquisadora (E_0). Além dessa tradução preliminar, foram realizadas outras duas, por tradutoras pessoalmente convidadas pela pesquisadora — E_1 e E_2. A escolha das tradutoras atendeu ao critério proposto por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993), que preconiza a utilização de tradutores qualificados, nativos do idioma-alvo e culturalmente representativos da população-alvo do estudo. As tradutoras convidadas são brasileiras e possuem notório domínio da língua inglesa. E_1 residiu por alguns anos nos EUA. E_2 já participou de cursos de curta duração nos EUA e de um curso de média duração na Inglaterra. Na época, ambas eram enfermeiras atuantes em UTIs. E_2 é titulada e certificada como enfermeira especialista em terapia intensiva.

E_1 e E_2 receberam uma cópia do instrumento original e foram pessoalmente orientadas pela pesquisadora quanto aos objetivos a que se destinava o material. Esse procedimento foi consoante ao referencial metodológico proposto.

As traduções consideraram as características lingüísticas e o significado atribuído aos termos pelas enfermeiras de UTIs de hospitais brasileiros.

As três traduções resultantes foram muito semelhantes entre si. Por isso, a pesquisadora realizou uma comparação entre as três versões e o instrumento original, item a item, adequando-as e transformando-as em uma única versão, denominada *Índice de Satisfação Profissional (ISP) Versão Provisória* (ANEXO 3), já que as diferenças encontradas entre as três versões

consistiam na forma de construção de sentenças, sem haver divergências nos significados.

5.3 *Back-translation*

O ISP Versão Provisória foi submetido a uma tradutora para a realização da *back-translation*, do Português para o Inglês, que ocorreu durante o mês de agosto de 1998.

Dentre os critérios propostos por GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) para a realização de *back-translation*, um não foi atendido: a realização de tantas *back-translations* quantas forem as traduções. A realização da *back-translation* pressupõe um domínio superior da língua inglesa, que vai além da compreensão de textos. Em função disso, houve grande dificuldade em encontrar tradutoras de *back-translation*, com tal domínio, que também fossem enfermeiras. Por esse motivo, foi escolhida uma *back-translator*[5] brasileira, tradutora e intérprete qualificada, com formação educacional em Medicina, que faz parte de uma equipe que realiza traduções simultâneas em congressos de Enfermagem, que possui nível avançado de conhecimentos do Inglês e suas formas idiomáticas, além da linguagem instrumental, específica da área de Enfermagem. A tradutora foi pessoalmente convidada pela pesquisadora e recebeu uma cópia do ISP Versão Provisória.

---

[5] Termo que denomina o tradutor que realiza a *back-translation*.

Como a finalidade da *back-translation* é verificar se existem divergências no significado e conteúdo entre as versões original e a traduzida, a tradutora não foi orientada quanto aos objetivos do estudo e conceitos temáticos do material, procedimento denominado *back-translation cega*.

5.4 Avaliação por Comitê de Especialistas

Para a avaliação por Comitê de Especialistas, foram adotados os procedimentos de avaliação estruturada preconizados por WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991) e DAVIS (1992), seguindo as propostas de avaliação e critérios de equivalências de GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993).

5.4.1 Avaliação entre o instrumento original e a versão do *back-translation*

Para a avaliação da equivalência entre o instrumento original e a versão de *back-translation*, foi criado um instrumento em língua inglesa — o **Equivalence Evaluation** (ANEXO 4).

O instrumento é composto por uma breve descrição e apresentação dos objetivos do estudo e pelos definidores operacionais de equivalência **idiomática** — equivalência entre o significado das palavras e o

uso de expressões idiomáticas equivalentes; **cultural** — equivalência entre as situações evocadas ou retratadas e **conceitual** — correspondência entre as versões e a manutenção do mesmo significado conceitual. Incluiu, ainda, as orientações quanto ao procedimento de avaliação, e a avaliação propriamente dita.

Para o procedimento de avaliação, os itens foram agrupados em conjuntos e apresentados sob a denominação A e B, onde A corresponde ao enunciado do instrumento original e B corresponde à versão da *back-translation*. Foram submetidos à avaliação os definidores operacionais dos seis componentes e os enunciados da escala de atitudes. Não foram submetidas à avaliação as orientações de preenchimento do instrumento já que as versões traduzidas eram muito semelhantes.

Foi solicitado às especialistas que julgassem a equivalência idiomática, cultural e conceitual dos itens, separadamente, utilizando uma Escala de Equivalência com pontuação de 1 a 3; onde 1 representa a *não-equivalência* entre A e B; 2 significa que A e B são *pouco equivalentes;* e 3 significa que A e B são *equivalentes*. A opção pelo uso de escores de classificação teve a finalidade de propiciar um refinamento da avaliação. DAVIS (1992) afirma que o uso de escores de classificação *"(....) assegura que os especialistas avaliem cada item separadamente e quantifiquem essa avaliação"*. Também foi deixado um espaço em branco abaixo de cada item, para possíveis observações, comentários ou sugestões das especialistas.

Essa fase do processo ocorreu durante o período de setembro a outubro de 1998. Dezesseis enfermeiras nativas e residentes nos EUA, foram convidadas a participar do Comitê de Especialistas. Os primeiros contatos, o convite e a entrega do material para avaliação foram realizados através de correio eletrônico. Do grupo convidado, cinco aceitaram participar do estudo (N_1 a N_5).

O Comitê foi efetivamente formado por quatro especialistas portadoras do título de Doutor em Enfermagem (N_2 a N_5), docentes de universidades norte-americanas, que realizaram estudos de satisfação profissional ou temas relacionados entre enfermeiras de UTIs e de outras unidades hospitalares. Desse grupo de docentes, três realizaram estudos utilizando o Index of Work Satisfaction. N_1 é enfermeira atuante em UTI, certificada como especialista (*CCRN*[6]) na área.

Foram incluídas no estudo as avaliações que retornaram à pesquisadora completamente preenchidas. Para o tratamento dos dados levantados a partir desse processo, utilizou-se o procedimento de avaliação quantitativa das ponderações e avaliação qualitativa dos comentários e sugestões dados pelas especialistas.

A avaliação quantitativa consistiu da análise dos itens e componentes, um a um, por especialista, quanto à ponderação dada. Foram considerados *equivalentes* os itens e componentes que obtiveram ponderação de equivalência máxima (3) por 75% ou mais das especialistas. Os demais

---

[6] *CCRN* significa *Critical Care Registered Nurse* e é o título de certificação de enfermeira especialista em UTI, outorgado pela *AACN (American Association of Critical Care Nurses)*.

itens foram submetidos à reavaliação, pela pesquisadora, objetivando sua reformulação. Para isso, foi realizada uma análise qualitativa de todos os comentários e sugestões dadas pelas especialistas.

5.4.2 Avaliação da equivalência semântica e idiomática

Essa etapa do processo ocorreu durante os meses de outubro de 1998 a janeiro de 1999.

Para a avaliação da manutenção da equivalência semântica e idiomática do ISP Versão Provisória, foi criado um instrumento denominado **Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática** (ANEXO 5).

O instrumento é composto pela apresentação dos objetivos do estudo, definidores operacionais de equivalência semântica e idiomática, orientações quanto ao procedimento de avaliação, e pela avaliação propriamente dita.

Para o procedimento de avaliação, os itens foram agrupados em conjuntos e apresentados sob a denominação *A* e *B*, onde A corresponde ao enunciado do instrumento original, em inglês; e B corresponde ao enunciado do ISP Versão Provisória.

Foram submetidos à avaliação apenas os definidores operacionais dos seis componentes e os enunciados da Parte B. Não foram submetidas à avaliação as orientações de preenchimento do instrumento original pois, nas

versões traduzidas que geraram o ISP Versão Provisória, apresentavam-se muito semelhantes, havendo a ocorrência de vários trechos idênticos. BRISLIN (1970) justifica que a ocorrência de itens idênticos, entre versões diferentes, supõe a equivalência entre eles.

Foi solicitado às especialistas que julgassem a equivalência **semântica** — a equivalência no significado das palavras; e **idiomática** — o uso de expressões idiomáticas equivalentes. Solicitou-se a avaliação dos itens, separadamente, utilizando uma Escala de Equivalência com pontuação de 1 a 3, onde 1 representa a *não-equivalência* entre A e B; 2 significa que A e B são *pouco equivalentes* e 3 significa que A e B são *equivalentes*. Também foi deixado um espaço em branco, abaixo de cada item, para possíveis observações, comentários ou sugestões das especialistas. A justificativa pelo desenvolvimento de um instrumento com esse formato já foi anteriormente comentada no tópico anterior.

O instrumento foi entregue a cinco especialistas: as enfermeiras E_1 e E_2, anteriormente comentadas; e E_3, E_4 e E_5, que não haviam participado da primeira sessão de traduções mas que atendiam aos critérios propostos. Todas são enfermeiras com ampla experiência na área de UTI: E_3 além de atuante na área, é titulada e certificada como enfermeira especialista em UTI. E_4 foi atuante na área por muitos anos e, na época da administração do instrumento, estava residindo e cursando pós-graduação nos EUA. E_5 tem título de Mestre e Doutor em Enfermagem, com larga experiência nas áreas

de ensino e pesquisa, residindo há vários anos nos EUA. Todas possuem notório conhecimento do idioma de origem do instrumento.

E_2 e E_3 foram pessoalmente convidadas pela pesquisadora a participar dessa fase do estudo, quando receberam o instrumento de avaliação e as orientações quanto às finalidades do processo e aos prazos de devolução.

Em decorrência de dificuldades surgidas quanto ao acesso e distância geográfica, E_1, E_4 e E_5 foram convidadas por correspondência. E_1 recebeu o instrumento de avaliação através do correio convencional e um envelope previamente selado para retorno do instrumento, isentando-a de quaisquer ônus financeiro decorrente de sua participação no estudo. E_4 e E_5 foram convidadas a participar através de correio eletrônico e, através esse meio, também receberam o instrumento de avaliação e as orientações.

Os dados obtidos, através dessas avaliações foram tratados de forma quantitativa e qualitativa, seguindo os mesmos critérios já descritos no tópico anterior.

5.4.3 Avaliação da equivalência cultural e conceitual

O ISP — Versão Provisória foi submetido a **Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual**, por um Comitê de Especialistas,

através de instrumento criado especificamente com essa finalidade (ANEXO 6).

Essa fase do processo teve por objetivo a validação de conteúdo do ISP Versão Provisória e ocorreu no período de outubro a dezembro de 1998.

O instrumento de avaliação é composto por seis conjuntos de enunciados, cada um deles iniciando-se com a denominação e definição do conceito que os enunciados se propõem a medir. Foi solicitado às especialistas que avaliassem a equivalência **cultural** — significando que as situações evocadas ou retratadas na versão traduzida são coerentes e correspondentes à prática de enfermagem em UTIs; e **conceitual** — representando a qualidade de correspondência da afirmação em relação ao conceito que se propõe a medir.

O Comitê foi composto por quatro especialistas (D_1 a D_4) portadoras de títulos de Mestre e Doutor em Enfermagem, docentes com experiência na área de UTI e conhecimentos dos processos de construção e adaptação de escalas psicométricas.

Os critérios de ponderação das avaliações, assim como o tratamento dos dados obtidos foram realizados seguindo os procedimentos anteriormente descritos.

5.5 Reformulação do ISP Versão Provisória

A partir da análise qualitativa dos comentários e sugestões das especialistas e da experiência profissional da pesquisadora, foram realizadas algumas modificações de natureza léxica e gramatical nos enunciados dos itens e componentes, para melhor adequá-los ao contexto-alvo.

Na adequação, foram mantidas as funções denotativas e expressivas de algumas unidades, assim como alguns coloquialismos (*"as coisas estão corridas"*, *"em minha mente"*) e expressões de apoio (*"diretamente"/"de perto"*, *"pré-programadas"*).

A denominação do componente *Políticas Organizacionais* foi mudada para *Normas Organizacionais*.

A palavra *supervisores* foi substituída por *chefia(s)*, já que a última implica em dimensões mais abrangentes das relações hierárquicas de poder, melhor adequando-se ao contexto cultural pretendido. Com essa mesma finalidade, houve a inclusão de flexões adicionais, como *enfermeira(o)s* ou *orgulhosa(o)*, para atender as diversidades, em gênero e número.

A ordem de aparecimento dos componentes (*"Remuneração"*, *"Autonomia"*, e assim por diante), na folha de instruções, foi alterada segundo critério da pesquisadora, considerando que a mudança não acarretaria em prejuízo na qualidade do julgamento.

As instruções de preenchimento foram mantidas, em sua essência original. Foram realizados pequenos ajustes gramaticais, com o objetivo de melhor adequa-las à realidade da população-alvo.

Os ajustes realizados no ISP Versão Provisória resultaram numa versão traduzida e adequada do instrumento, que foi, na essência, mantido em seu formato original com as partes A e B — Comparações Pareadas e Escala de Atitudes, respectivamente; apenas foram suprimidos os títulos que as dividiam.

Para a etapa de aplicação do instrumento em enfermeiras de UTI, foi acrescentada uma carta de apresentação da pesquisadora, explicitando os objetivos do estudo, solicitando a participação, com a garantia de manutenção do anonimato da possível respondente e orientando quanto à devolução do questionário. Também foi acrescentado um ***Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional***, criado com a finalidade de caracterizar as enfermeiras respondentes, segundo as variáveis: sexo, idade, estado conjugal, número e idade dos filhos, tempo de formada, nível e área de formação educacional, tempo de trabalho em UTIs, tempo de trabalho na UTI atual, horário de trabalho, principal função exercida, salário atual, benefícios adicionais; e perguntas que visavam identificar o motivo da opção por trabalhar em UTI, se gosta do trabalho em UTI e a satisfação por trabalhar nessa área.

Esse conjunto de instrumentos foi denominado Índice de Satisfação Profissional — ISP (ANEXO 7).

5.6 Avaliação final do ISP

Em decorrência das alterações anteriormente realizadas, foi necessário o estabelecimento de uma nova avaliação do instrumento modificado.

A avaliação final do ISP consistiu na sua validação aparente e de conteúdo. Para tanto, o ISP foi submetido a um pré-teste que utilizou a técnica de prova, descrita do Capítulo 2.

O pré-teste consistiu na aplicação do ISP em um grupo de quatro enfermeiras atuantes em UTIs — E_6, E_7, E_8 e E_9.

As enfermeiras foram pessoalmente convidados a participar do estudo e receberam da pesquisadora um envelope contendo o ISP e um instrumento de **Avaliação Final** (ANEXO 8). Foram orientadas a responder aos instrumentos separadamente, seguindo as orientações: responder primeiramente ao ISP, marcando o horário do início e do final do preenchimento e, na seqüência, responder ao instrumento de Avaliação Final, consultando o ISP sempre que julgar necessário.

Esse procedimento teve como objetivo a avaliação do ISP quanto ao tempo de preenchimento, **equivalência conceitual** entre os itens e componentes que se propõe a medir, **compreensibilidade** dos itens, **mensurabilidade** dos itens, **clareza** dos itens, **legibilidade** (facilidade de leitura), **forma de apresentação** do instrumento, e **objetividade** da apresentação, instruções e questionário.

Os critérios de clareza, legibilidade, forma de apresentação e objetividade foram estabelecidos visando a validação aparente do ISP.

Dos dados obtidos através da avaliação da equivalência conceitual, compreensibilidade e mensurabilidade foi calculada a Percentagem Média de Congruência (PMC), que é um dos métodos recomendados por WALTZ; STRICKLAND; LENZ (1991) para a estimativa da validade do conteúdo.

A PMC é calculada através do número de itens julgados congruentes por cada especialista, em relação a um critério preestabelecido. Divide-se, então, o número de itens julgados congruentes pelo número total de itens. Essa proporção é convertida, então, em uma percentagem. A partir disso, somam-se os valores obtidos e divide-se pelo número de especialistas, resultando na percentagem média. A PMC é considerada seguramente aceitável quando $\geq$ 90% (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1991).

Os procedimentos de validação de conteúdo, referindo-se à avaliação do grau em que um instrumento mede o que se propõe a medir, realizados durante e após sua construção (neste caso, adaptação) foram consistentes com as recomendações de NUNNALY (1967) e WALTZ; BAUSELL (1981).

Após o preenchimento de ambos instrumentos, a pesquisadora ofereceu às especialistas a oportunidade de não devolverem o ISP, já que esse foi aplicado com o objetivo único de avaliação final.

Através dessa etapa de avaliação e baseando-se no julgamento das especialistas, o ISP foi aprovado e não sofreu quaisquer modificações.

5.7 Avaliação das propriedades psicométricas

A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado consistiu na análise de sua confiabilidade e foi realizada por dois testes estatísticos — o Coeficiente Alfa de Cronbach e o Coeficiente Tau de Kendall. Esses procedimentos serão descritos adiante.

5.8 Satisfação profissional das enfermeiras de UTI

Seguindo os objetivos propostos no presente estudo, o ISP foi aplicado numa amostra de enfermeiras de UTI de acordo com os procedimentos descritos a seguir.

5.8.1 Local do estudo

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 1999, em oito UTIs pertencentes a três hospitais do município de São Paulo (SP) e a um hospital do município de Santos (SP).

Os hospitais foram selecionados por conveniência, atendendo aos critérios de possuir, no mínimo, uma UTI, concordar com os objetivos e autorizar a realização do estudo.

Os quatro hospitais pertencem à rede privada e atendem pacientes particulares e conveniados. Nos hospitais que possuem mais de uma UTI (hospitais 1, 2 e 4), estas encontram-se em áreas físicas distintas. Para efeito de apresentação dos dados, as UTIs receberam uma designação numérica de 1 a 8. A Tabela 3 apresenta algumas características dos hospitais participantes.

Tabela 3 - Caracterização dos hospitais, segundo a localidade, número de leitos, número e designação das UTIs. São Paulo, 1999.

Hospital	Localidade	Número de leitos	Número de UTIs	Designação das UTIs
1	São Paulo	158	2	**UTI 1** **UTI 2**
2	Santos	247	3	**UTI 3** **UTI 4** **UTI 5**
3	São Paulo	170	1	**UTI 6**
4	São Paulo	228	2	**UTI 7** **UTI 8**

5.8.2 Amostra

O tamanho mínimo da amostra de enfermeiras — 60 — foi definido por um especialista em Psicometria, considerando que, para a

validação de cada um dos seis componentes dimensionados, é necessário o número mínimo de 10 respondentes.

Participaram do estudo todas as enfermeiras pertencentes às oito UTIs, que atenderam aos seguintes critérios:

- concordar em participar do estudo;
- possuir o mínimo de seis meses de trabalho na mesma UTI, considerando-se este o tempo mínimo de adaptação na unidade;
- ter como principal função exercida a assistência direta à pacientes;
- preencher completa e corretamente as partes A (Comparações Pareadas) e B (Escala de Atitudes) do ISP.

Foi considerado indicativo de concordância de participação voluntária a devolução dos questionários preenchidos à pesquisadora.

Foram excluídas do estudo as enfermeiras que encontravam-se afastadas das atividades nas UTIs, devido a férias, afastamentos prolongados e licenças.

Do total de 84 enfermeiras elegíveis para o estudo, seis retornaram o instrumento em branco, resultando em 78 respondentes. Destas, oito foram excluídas do estudo pelos seguintes motivos: uma por não possuir o tempo mínimo de seis meses na UTI pesquisada e sete por não terem preenchido completamente as partes A e B do instrumento.

A amostra final foi constituída por 70 enfermeiras.

5.8.3 Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos:

- ***Caracterização da UTI*** - instrumento criado com a finalidade de levantar dados de caracterização da UTI: tipo de instituição a que pertence; tipo de atendimento; número e disponibilidade de leitos; tipo de clientela atendida e número de leitos destinados; composição da equipe de enfermagem, por hierarquia, nível de formação, número de profissionais, jornada diária de trabalho e horário de trabalho (ANEXO 9).
- ***Índice de Satisfação Profissional*** - composto pelo Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional e pela versão aprovada do ISP, contidos em envelope pardo e acompanhados por etiqueta auto-adesiva para lacre do envelope, após preenchimento.

5.8.4 Operacionalização da coleta de dados

A pesquisadora fez os primeiros contatos com os hospitais, por telefone e pessoalmente, através das Gerentes de Enfermagem[7] — hospitais 1 e 2 — e das Enfermeiras Responsáveis pelas UTIs — hospitais 3 e 4 — com a

[7] A denominação *Gerente de Enfermagem* foi utilizada, genericamente, para referir-se à enfermeira responsável pela coordenação do Serviço de Enfermagem do hospital, desde que cada hospital utiliza uma denominação própria.

finalidade de obter as informações relativas aos critérios específicos de autorização para coleta de dados nesses locais.

Após esses contatos iniciais com os hospitais, foi entregue aos responsáveis designados o material de solicitação de autorização de campo de estudo, composto por:

- carta de apresentação da pesquisadora, contendo os objetivos e métodos do estudo, descritos de forma sumária; solicitação de autorização para realização do estudo junto as enfermeiras da(s) UTI(s) da instituição e compromisso de apresentação de relatórios de avaliação dos dados coletados[8] na instituição participante, ao término do estudo.
- termo de compromisso da pesquisadora (ANEXO 10), declarando a finalidade da pesquisa, garantindo a manutenção do anonimato dos hospitais e das enfermeiras participantes, a isenção de riscos e de ônus financeiro na participação e os meios para contatar a pesquisadora.
- Projeto da Pesquisa, contendo informações mais detalhadas sobre o estudo, cópia do instrumento de coleta de dados e do instrumento de caracterização da UTI.

O processo de obtenção das autorizações levou, em média, um mês, incluindo a avaliação do estudo por uma Comissão de Ética em Enfermagem.

---

[8] Em respeito à ética na condução de pesquisas, serão gerados relatórios individuais, por instituição, contendo a análise dos dados obtidos.

Após as autorizações para a realização do estudo, a pesquisadora fez contato pessoal com as enfermeiras responsáveis pelas UTIs, explicando os procedimentos e objetivos do estudo; levantou os dados de caracterização das UTIs, através de instrumento próprio junto a estas enfermeiras e entregou uma cópia do Projeto da Pesquisa e do Termo de Compromisso, para que ficassem disponíveis para consulta, nas UTIs.

Nos hospitais 1, 2 e 4 a distribuição dos questionários às enfermeiras assistenciais foi realizada pelas enfermeiras responsáveis pelas UTIs, em decorrência da facilidade de acesso que elas mantêm, aos diversos turnos de trabalho. No hospital 3, os questionários foram distribuídos pela pesquisadora, auxiliada pela enfermeira encarregada da UTI.

O método de distribuição favoreceu a alta taxa de resposta (92,8%) e, a despeito da possível tendenciosidade gerada pelas relações de poder entre diferentes níveis hierárquicos, foi considerado que esta poderia ser neutralizada pelo tipo de administração do instrumento — auto-aplicável — e dos procedimentos que visam a manutenção do anonimato das enfermeiras participantes — orientações do questionário, lacre do envelope.

Para a manutenção de um mesmo critério de administração dos questionários, todas enfermeiras envolvidas no processo de distribuição receberam instruções que deveriam repassar às demais enfermeiras, no momento da entrega dos questionários:

- caráter voluntário da participação no estudo;
- importância do preenchimento completo dos questionários;

- importância do uso da etiqueta auto-adesiva para lacrar o envelope, como garantia da manutenção do anonimato das respostas;
- preenchimento dos questionários durante o horário de trabalho, evitando-se retirá-los das unidades;
- prazo para devolução do questionário.

5.8.5 Tratamento dos dados

Os dados obtidos através da aplicação do ISP foram organizados, codificados e digitados em planilha eletrônica, sob a forma de um banco de dados, para a análise estatística.

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização das UTIs e análise dos dados sociodemográficos e profissionais das enfermeiras.

O escore do ISP foi obtido segundo instruções específicas do instrumento original, fornecidas pela autora (STAMPS, 1997b) e descritas no Capítulo 3. Primeiramente foi realizado o escore das Comparações Pareadas, para a determinação dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes. O fator de correção utilizado para eliminar os escores-Z negativos foi + 2,5. Na sequência, foi realizado o escore da Escala de Atitudes.

Os dados obtidos a partir do escore da Escala de Atitudes foram submetidos à análise da consistência interna através da determinação do

Coeficiente Alfa de Cronbach, que analisou as correlações entre os itens e entre os componentes.

Para o cálculo do alfa, os itens pertencentes ao mesmo componente foram agrupados e calculadas as suas correlações. Como a premissa do alfa de Cronbach é que todas as correlações entre as variáveis são positivas, foram identificados os itens que mantinham correlações negativas, sugestivas de inconsistência interna. Segundo POLIT; HUNGLER (1995), as correlações negativas devem ser interpretadas como itens que apresentam relação inversa e FERKETICH (1991) recomenda que os itens que mantêm correlação baixa devem ser excluídos. Portanto, os itens que apresentaram correlações negativas foram excluídos.

Após a exclusão dos itens considerados inconsistentes, foi realizado o cálculo do alfa para os componentes. A verificação do peso que os itens restantes exerciam sobre o valor do alfa total do componente foi realizada através do cálculo do coeficiente, por item, considerando-se a exclusão do item como um indicador de variação do valor do coeficiente.

Com o objetivo de calcular o alfa total da escala, os componentes foram tomados na sua forma validada pela análise anterior.

Os procedimentos de cálculo do ISP foram realizados considerando a escala em sua forma adaptada.

As possíveis variações dos valores — Escore Total da Escala, Escore Médio da Escala e Índice de Satisfação Profissional — foram calculadas para

a presente aplicação do instrumento, em função da importância que elas assumem para a interpretação dos resultados obtidos.

Após a obtenção dos diversos escores do ISP, foi realizado o teste de confiabilidade, através do Coeficiente Tau de Kendall, entre o Escore Ajustado dos Componentes e o Escore Médio dos Componentes da escala de atitudes.

O Tau de Kendall é uma medida de correlação não paramétrica aplicável a escalas ordinais. Tem como princípio a comparação entre concordâncias e discordâncias em posições hierárquicas de duas medidas (SIEGEL, 1975).

Devido à diferença entre os domínios da escala (1 a 7) e da escala ajustada (2,5 a 17,5) foi realizado o cálculo do Tau-c de Kendall.

Os resultados obtidos a partir desse tratamento estatístico foram comparados aos dados obtidos com o instrumento original e analisados quanto a confiabilidade estatística do instrumento em outra cultura, além daquela a que se destinou.

Para operacionalizar a interpretação dos dados obtidos através do processo de escore do ISP, os escores teóricos foram divididos em quartis, desde que os componentes têm valores distintos de variação. A análise dos dados foi realizada através da comparação dos resultados obtidos dentro da possível variação.

Os dados obtidos a partir do escore do ISP foram analisados por freqüências de ocorrências de quartis de componentes de satisfação, permitindo a caracterização da amostra.

Foram realizadas a análise de agrupamentos (*cluster analysis*), para identificar grupos homogêneos dentro da amostra, e a análise da variância (*one way* ANOVA) para examinar as variáveis inter e intragrupos.

A análise de agrupamentos (*cluster analysis*) possibilitou a ampliação da caracterização da amostra e consistiu no exame dos componentes ajustados para identificar os grupos e classifica-los. É uma técnica de análise multivariada, que reconhece grupos através da qualidade das correlações (NUNNALLY, 1967; HAIR JR et al., 1998). No presente estudo utilizou-se a técnica de reconhecimentos de grupos por interações sucessivas (*Quick Cluster*).

A análise da variância (*one-way ANOVA*) foi empregada para determinar se ocorreram diferenças significativas entre grupos nos escores total e dos componentes, e testar a significância dessas diferenças.

A análise da variância é uma técnica que examina as variâncias inter e intragrupos com a finalidade de informar se as médias de uma variável contínua, em diferentes categorias de uma variável categórica, são iguais ou distintas. Através disso, podem-se distinguir as características de uma dada categoria em relação a outra qualquer (ARMITAGE; BERRY, 1987). Nesse estudo, foi utilizada tanto para confirmar que os grupos identificados pela *cluster analysis* eram distintos quanto para caracterizar diferenças entre

pares de grupos. O nível de significância considerado, no presente estudo, foi de 0,05.

Os grupos de enfermeiras foram identificados através do reconhecimento de padrões de comportamento em relação aos componentes medidos e caracterizados segundo esses padrões. As características dos grupos foram, então, examinadas em relação às variáveis descritoras das enfermeiras.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Avaliações das Especialistas

6.1.1 Avaliação da equivalência entre a versão original e a versão da *back-translation* — *Equivalence Evaluation*

A estratégia utilizada para essa avaliação apresentou desempenho satisfatório.

A primeira especialista a receber o Equivalence Evaluation (N_2) solicitou um melhor refinamento nos conceitos dos critérios de classificação, especificamente quanto à diferenciação entre as ponderações 2 e 3. A partir disso, os critérios de ponderação foram alterados para:

2 = moderately equivalent

3 = strongly equivalent

As avaliações enviadas às outras especialistas já apresentavam a alteração descrita e, aparentemente, a solicitação de avaliações distintas num mesmo instrumento foram compreendidas. O uso de ponderações para classificar a equivalência, com o intuito de estimular a crítica e participação, produziu os resultados esperados. As especialistas justificaram sua avaliação e apresentaram diversas sugestões de mudanças.

Dos dados levantados a partir da avaliação do Equivalence Evaluation (ANEXO 11), os componentes e itens levados a reavaliação foram:

Idiomatic Equivalence: Componentes III e IV; Itens 2, 3, 4, 7, 9, 10, 13, 16, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42 e 44.

Cultural Equivalence: Componente IV; Itens 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 17, 24, 27, 29, 30, 31, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 42 e 44.

Conceptual Equivalence: Componente IV; Itens 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 17, 24, 27, 29, 30, 33, 36, 38, 39, 41, 42 e 44.

Da reavaliação dos itens e componentes, foram detectados alguns erros de *back translation* (*"much"/"many", "recognized"/"acknowledged"*), o que influenciou seu nível de equivalência cultural e conceitual. Também foram detectadas divergências de julgamento entre as especialistas nas avaliações da equivalência idiomática. As divergências foram atribuídas às variações lingüísticas e modalidades regionais, já que as especialistas pertenciam a estados e regiões distintas dos EUA.

6.1.2 Avaliação da equivalência semântica e idiomática

Distintamente ao ocorreu na avaliação anteriormente descrita, a estratégia utilizada para essa avaliação, apesar de ter se mostrado válida, não alcançou o desempenho objetivado.

A primeira dificuldade encontrada foi quanto ao tempo utilizado para a realização das avaliações. Excetuando-se E_2, E_3 e E_5, que retornaram

as avaliações em duas semanas, o tempo médio utilizado por E_1 e E_4 foi de quatro meses.

Outra dificuldade ocorreu em função do formato e conteúdo do instrumento de avaliação. A proposta de realização de avaliações distintas, utilizando critérios conceituais semelhantes num mesmo instrumento não favoreceu a completa compreensão. E_2 procurou a pesquisadora em duas ocasiões, com o objetivo de esclarecer os conceitos. E_3 comentou com a pesquisadora que, por várias vezes, confundiu os conceitos dos critérios das avaliações. E_5, ao retornar o instrumento, acrescentou uma nota comentando que considerou os conceitos *confusos*.

O uso de ponderações na classificação de equivalência, com o intuito de estimular a crítica e participação, também não produziu os resultados esperados. Algumas especialistas, ao ponderar itens como *não equivalentes* ou *pouco equivalentes*, não justificaram sua avaliação, nem apresentaram sugestões de mudanças ou, quando o fizeram, não distinguiram os critérios a que se referiam. E_3 e E_5 foram as especialistas que apresentaram maior número de comentários e sugestões de ajustes no instrumento.

Dos dados levantados a partir da análise quantitativa das ponderações (ANEXO 11), foram submetidos à reavaliação da equivalência semântica o componente VI e os itens 4, 5, 7, 18, 24, 26, 27, 31, 38, 40 e 41; e à reavaliação da equivalência idiomática os componentes I, II, IV, V e VI e os itens 3, 4, 5, 7, 10, 11, 18, 21, 24, 26, 27, 28, 30, 36, 40 e 44.

Como não houve a perfeita compreensão quanto à diferenciação entre os conceitos de equivalência *semântica* e *idiomática*, os itens foram reavaliados, um a um, considerando-se os critérios *semântica* e *idiomática* como um único critério.

6.1.3 Avaliação da equivalência cultural e conceitual

Essa avaliação apresentou resultado satisfatório. Dos dados levantados (ANEXO 11), foram indicativos de reavaliação os itens 27, 35, 37 e 39. Apesar desses itens não terem sido considerados *equivalentes*, não foram apresentadas sugestões, nem foram feitos comentários. D_4 foi a única especialista a apresentar sugestões e estas foram de natureza semântica e idiomática.

6.2 Avaliação final

Das avaliações das quatro especialistas, foi necessário o descarte de uma (E_9) por dois motivos. Primeiramente, a avaliação retornou incompleta à pesquisadora, sendo necessária sua devolução à especialista, para ser complementada. No segundo retorno, ao ser analisada, apresentava julgamentos negativos em todos os itens que haviam ficado incompletos. Ao ser comparada às demais avaliações, não apresentou correlações,

caracterizando, talvez, um déficit de envolvimento da especialista no processo em questão.

Dos dados obtidos através da análise do instrumento de Avaliação Final (ANEXO 11), chegou-se a uma Percentagem Média de Congruência de 94% em Equivalência Conceitual, 96% em Compreensibilidade e 96% em Mensurabilidade, consideradas " (....) *seguramente aceitáveis*" (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1991).

Em relação ao tempo de preenchimento, seguindo as informações das especialistas, a média foi de vinte minutos. A partir disso, houve a alteração dessa informação na carta de apresentação do ISP que, anteriormente, era de quinze minutos.

Na análise qualitativa dos critérios de clareza, legibilidade, forma de apresentação e objetividade, o instrumento foi considerado adequado à aplicação a que se destina. Portanto, o ISP foi considerado válido no que se refere ao conteúdo e validade aparente.

6.3 Caracterização das UTIs

Nas Tabelas 4 e 5, a seguir, são apresentados os dados de caracterização das UTIs que fizeram parte do estudo, segundo especialidade e tipo de clientela atendida.

Tabela 4 - Caracterização das UTIs, segundo especialidade, número de leitos disponíveis e tipo de clientela atendida. São Paulo, 1999.

UTI	Especialidade	Número de leitos ativos			
		Neonato	Pediátrico	Adulto	Total
UTI 1	Geral	4	5*		9
UTI 2	Geral			19	19
UTI 3	Geral			12	12
UTI 4	Cardiologia			9	9
UTI 5	Geral	10	6		16
UTI 6	Geral		18**		18
UTI 7	Geral		10**		10
UTI 8	Geral		12**		12

* Um dos leitos é destinado a isolamento e pode ser utilizado para pacientes pediátricos ou neonatos, indistintamente.

** Essas UTIs atendem predominantemente a pacientes adultos porém, também recebem pacientes pediátricos, não havendo número fixo de leitos destinados a essa clientela.

Tabela 5 - Caracterização das UTIs, segundo número e distribuição das categorias da equipe de enfermagem. São Paulo, 1999.

	Enfermeira Chefe	Enfermeira Encarregada	Enfermeira Assistencial[9]	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem
UTI 1	1	-	6	9	7
UTI 2	1	-	21	17	14
UTI 3	1	-	9	-	29
UTI 4	1	-	8	-	18
UTI 5	1	-	5	-	21
UTI 6	1	4	29	26	3
UTI 7 UTI 8	1	2	27	9	52

As UTIs 7 e 8, apesar de ocuparem áreas físicas distintas, partilham o mesmo quadro de pessoal de enfermagem. Nessas UTIs, a equipe de enfermagem intercambia-se, entre ambas. Em decorrência dessa

[9] O termo é correntemente utilizado para denominar, de forma genérica, as enfermeiras cuja principal função é a assistência direta ao paciente.

especificidade, as enfermeiras pertencentes às UTIs 7 e 8 foram consideradas pertencentes à uma única UTI, denominada UTI 7.

Foram incluídos no levantamento dos dados de caracterização das UTIs os profissionais que executam atividades de suporte, que não envolvem cuidados diretos a pacientes, como limpeza, encaminhamento e acondicionamento de materiais e equipamentos, encaminhamentos de exames, serviços de secretaria e escrituração mas os dados relativos a eles não foram apresentados em função das especificidades de cada UTI e por não terem sido considerados relevantes no presente estudo.

Não foi considerada a operacionalização da divisão do trabalho da equipe de enfermagem das UTIs pois, partindo-se do Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, artigo 8°, são atividades privativas das enfermeiras, entre outras: "(....) *cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;* (....) *cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas*" (BRASIL, 1987). A determinação do volume e qualidade das atividades de assistência direta aos pacientes não foi objeto desse estudo.

Ainda pela Tabela 5, pode-se observar que a distribuição das categorias profissionais da equipe de enfermagem não apresentaram uniformidade, nem em número, nem em categorias profissionais. A uniformidade consistiu na relação entre o número de enfermeiras assistenciais/profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem). A maioria das UTIs apresentou relação menor que 0,5, com

exceção das UTIs 2 e 6, onde a relação enfermeira assistencial/profissionais de nível médio foi de 0,68 e 1,00, respectivamente.

A Figura 2, a seguir, apresenta um gráfico de distribuição percentual das categorias profissionais entre as UTIs.

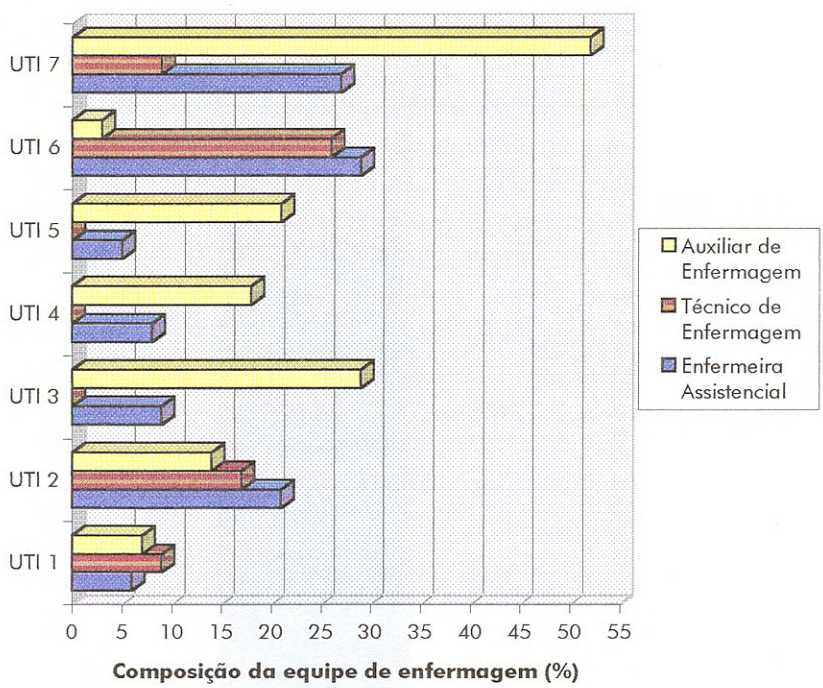

Figura 2 - Composição das equipes de enfermagem das UTIs, segundo distribuição percentual e categoria profissional. São Paulo, 1999.

Na Figura 2 pode ser observado que as UTIs 2, 6 e 7 apresentam maiores percentagens de enfermeiras assistenciais porém, nenhuma delas alcançou 30%.

Cabe ressaltar o Art.5° da Resolução COFEN-189/96, que estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, no que se refere à assistência

intensiva[10]: *"(....) 55,6% de Enfermeiros e 44,4% de Técnicos de Enfermagem"* (COFEN, 1996). Destaca-se que a UTI 6 apresentou um baixo número de Auxiliares de Enfermagem, não alcançando 5% do seu quadro de pessoal de enfermagem.

Outro dado relevante refere-se à proporcionalidade entre o número de enfermeiras assistenciais e o número de leitos das UTIs, como pode ser visto pela Figura 3.

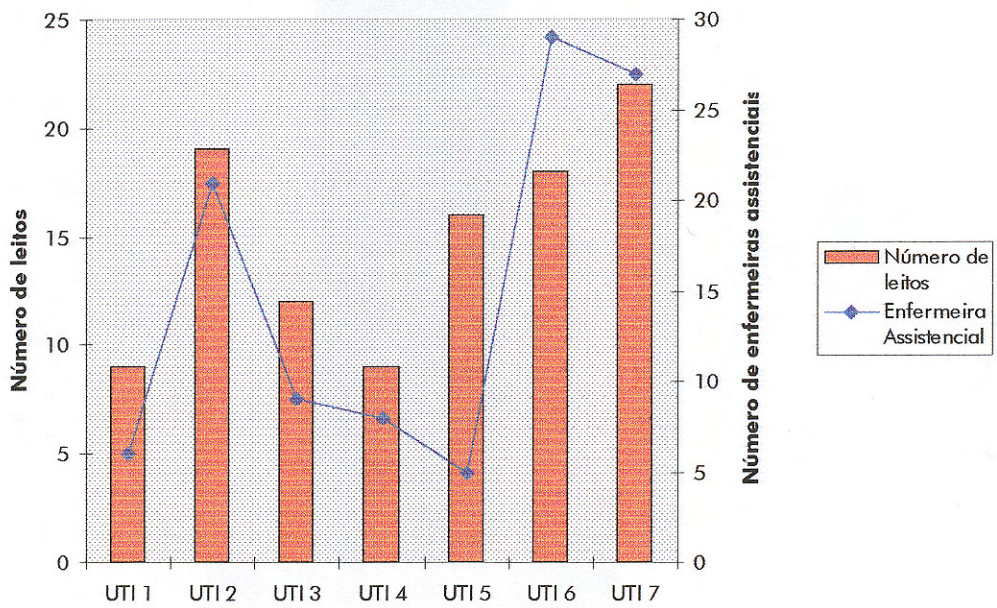

Figura 3 - Proporção entre o número de enfermeiras assistenciais e número de leitos nas UTIs. São Paulo, 1999.

[10] Segundo entendimento do COFEN é o nível de complexidade assistencial que caracteriza a categoria de *"(....) pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada"* (COFEN, 1996).

Pela Figura 3, pode-se observar que as UTIs 6 e 7 apresentaram uma relação entre o número de enfermeiras assistenciais por leito maior que 1:1 e a UTI 2 aproxima-se desse valor. A pior proporcionalidade é percebida na UTI 5, que atende pacientes pediátricos e neonatos.

6.4 Caracterização das enfermeiras

Os dados de caracterização sociodemográfica e profissional das enfermeiras que compuseram a amostra são apresentados a seguir.

Tabela 6 - Distribuição da amostra estudada, segundo UTI de origem. São Paulo, 1999.

UTI de origem	Distribuição da amostra n (%)
UTI 1	4 (5,7)
UTI 2	16 (22,9)
UTI 3	6 (8,6)
UTI 4	3 (4,3)
UTI 5	4 (5,7)
UTI 6	20 (28,6)
UTI 7	17 (24,3)
Total	70 (100,0)

Pela Tabela 6, observa-se que as enfermeiras das UTIs 2, 6 e 7 compuseram, aproximadamente, 75% da amostra total. Isso é justificável considerando-se que essas UTIs apresentaram um número de enfermeiras assistenciais consideravelmente maior do que as demais (Figura 2). Tal fato é relevante porque essa proporção é indicativa de uma super-

representatividade de um subconjunto da amostra, podendo implicar em tendenciosidade (POLIT; HUNGLER, 1995).

Tabela 7 - Distribuição da amostra estudada, segundo características sociodemográficas. São Paulo, 1999.

Características	Distribuição da amostra
Sexo	n = 70
Feminino	63 (90,0%)
Masculino	7 (10,0%)
Idade (em anos)	n = 70
Média (DP)	30,42 (5,46)
Mínimo	23,00
Máximo	48,00
Estado conjugal	n = 70
Solteira	43 (61,4%)
Casada	24 (34,3%)
Separada	3 (4,3%)
Filhos	n = 69
Sim	21 (30,4%)
Não	48 (69,9%)
Faixa etária dos filhos	n = 21
Menores 1 ano	3 (14,3%)
≥ 1 ano e < 5 anos	10 (47,6%)
≥ 5 anos e < 10 anos	9 (42,9%)
≥ 10 anos e < 15 anos	3 (14,3%)
≥ 15 anos e < 21 anos	1 (4,8%)

Pela Tabela 7, comprova-se um fato histórico que é do domínio público: a Enfermagem é uma profissão predominantemente feminina. Tratando-se de uma amostra de enfermeiras de UTIs, é importante ressaltar que LEVINE; WILSON; GUIDO (1988) e HESKINS (1997) atribuem ao cuidar em UTI uma natureza masculina, em função de características do ambiente — alto nível tecnológico e do trabalho, que requer comportamentos como

racionalidade, lógica e dinamismo — tradicionalmente atribuídos ao sexo masculino.

Também observa-se que, em sua maioria, as enfermeiras participantes eram solteiras. Para explicar esse fato, surgem duas hipóteses. A primeira justifica-se como uma tendência atual da sociedade. As mulheres, em função do crescimento profissional, tardam a casar-se (idade média da amostra 30,42 anos). Outra hipótese refere-se ao conteúdo e natureza da profissão. A influência que as características do trabalho em Enfermagem têm sobre quem o executa, é sugestiva de dificuldades sociais, particularmente considerando-se o trabalho em horários e dias não comuns à grande parte da sociedade. Esse fato já havia sido apontado por LUNARDI FILHO (1995) e EHRENFELD (1991) e pode ser comprovado pela Tabela 8, que mostra que 53,6% da amostra não trabalhavam em horário fixo e 46,4% trabalhavam no período noturno.

Tabela 8 - Distribuição da amostra estudada, segundo características profissionais. São Paulo, 1999.

Características	Distribuição da amostra
Tempo de formada (em anos)	n=70
Média (DP)	7,01 (5,27)
Mínimo	1,33
Máximo	22,00
Curso de Especialização	n = 70
Sim	51 (72,9%)
Não	19 (27,1%)
Área de Especialização	n = 48
UTI	31 (64,6%)
Administração Hospitalar	7 (14,6%)
Pediatria/Neonatologia	4 (8,3%)
Cardiologia	3 (6,3%)
Enfermagem Médico-Cirúrgica	3 (6,3%)
Outras áreas	8 (16,8%)
Outros cursos de formação	n = 11
Mestrado	5 (45,5%)
Licenciatura	5 (45,5%)
Doutorado	1 (9,1%)
Outros	2 (18,2%)
Tempo de trabalho em UTIs (em anos)	n = 70
Média (DP)	5,49 (4,43)
Mínimo	0,50
Máximo	22,33
Tempo de trabalho na UTI atual (em anos)	n = 70
Média (DP)	3,38 (2,68)
Mínimo	0,50
Máximo	13,66
Horário de trabalho fixo	n = 69
Sim	32 (46,4%)
Não	37 (53,6%)
Horário atual de trabalho	n = 69
Manhã	16 (23,2%)
Tarde	15 (21,7%)
Diurno (12/36 hs)	6 (8,7%)
Noturno (12/36 hs)	32 (46,4%)
Trabalha em UTI porque	n = 70
Escolheu a área de especialização	62 (88,6%)
Não haviam vagas em outro setor	5 (7,1%)
Outros	3 (4,3%)

Tabela 8 - Continuação - Distribuição da amostra estudada, segundo características profissionais. São Paulo, 1999.

Características	Distribuição da amostra
Atividades que predominantemente realiza na UTI	n = 69
Cuidados diretos aos pacientes	64 (92,8%)
Supervisão da equipe de enfermagem	19 (27,5%)
Gerenciamento da UTI	2 (2,9%)
Sistematização da Assistência de Enfermagem	1 (1,4%)
Salário líquido mensal (em R$)	n = 70
Média (DP)	1.980,52 (537,87)
Mínimo	1.200,00
Máximo	3.300,00
Benefícios que recebe, incluindo os extensivos aos dependentes	n = 69
Convênio médico	65 (94,2%)
Estacionamento	37 (53,6%)
Convênio com farmácias	36 (52,2%)
Cesta-básica	18 (26,1%)
Creche	15 (21,7%)
Assistência odontológica	8 (11,6%)
Auxílio-educação	8 (11,6%)
Financiamentos e empréstimos	8 (11,6%)
Previdência privada	2 (2,9%)
Gratificação por especialização e assiduidade	1 (1,4%)
Vale-transporte	1 (1,4%)
Gosta de trabalhar em UTI	n = 70
Não	-
Sim	70 (100,0%)
Sente-se satisfeita por trabalhar em UTI	n = 70
Sim	68 (97,1%)
Não	2 (2,9%)

Os dados extraídos da Tabela 8 estão relacionados ao contexto do trabalho em UTI. 72,9% da amostra haviam freqüentado cursos de especialização e, dessa parcela, 64,6% tinham curso de especialização em UTI. Os dados apontam duas hipóteses. A primeira refere-se à natureza do trabalho em UTIs, que requer elevados níveis de conhecimentos e

capacitação, como já discutidos no Capítulo 1. A segunda refere-se a uma possível tendenciosidade da amostra, no que concerne à facilidade de acesso aos cursos de pós-graduação, disponíveis no centro urbano de origem da maior parte da amostra.

Outro dado importante, que pode ser observado na Tabela 8 é o tempo de trabalho, tanto em UTIs (média 5,49 anos), quanto na UTI atual (média 3,38 anos), indicando que a amostra estudada já possuía parâmetros suficientes de percepção e avaliação do contexto de trabalho.

A amostra apresentou-se homogênea no que se refere ao turno de trabalho: 53,6% no período diurno e 46,4% no período noturno.

Em todas as UTIs que participaram do estudo as enfermeiras assistenciais tinham como principal atribuição a assistência direta aos pacientes mesmo quando cabiam a elas outras atribuições, incluindo a supervisão de outros membros da equipe de enfermagem, ou as de natureza administrativa e de gerenciamento.

Uma consideração importante deve ser feita com vistas ao presente estudo: 88,6% da amostra escolheu essa área especializada de trabalho e 97,1% considerava-se satisfeita por trabalhar em UTI.

6.5 Nível de Satisfação Profissional

6.5.1 A importância dos componentes

As matrizes de freqüências utilizadas para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes são apresentadas no ANEXO 12.

Os valores obtidos no cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, a partir das Comparações Pareadas, são apresentados na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Coeficientes de Ponderação dos Componentes do ISP, obtidos através das respostas das Comparações Pareadas, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=70). São Paulo, 1999.

Componente	Coeficiente de Ponderação do Componente
Autonomia	3,282
Remuneração	2,758
Interação	2,619
Requisitos do Trabalho	2,233
Status Profissional	2,069
Normas Organizacionais	2,039

Pelos valores dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, foi possível classificar os componentes, por ordem de importância atribuída, como mostra a Figura 4.

MENOS IMPORTANTE ⟶					MAIS IMPORTANTE
Normas Organizacionais	Status Profissional	Requisitos do Trabalho	Interação	Remuneração	Autonomia

Figura 4 - Classificação dos Componentes do ISP, por ordem de importância atribuída pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999.

Esse achado é consistente com o estudo realizado por WILLIAMS (1990), quando classificou o nível de importância atribuída por enfermeiras de UTIs aos diversos componentes da satisfação profissional. A autora reportou que os dois componentes considerados mais importantes foram, em ordem decrescente, Remuneração e Autonomia. BOUMANS; LANDEWEERD (1994), ao realizarem um estudo comparativo entre enfermeiras de UTIs e de outras unidades, concluíram que as enfermeiras de UTIs além de apresentarem um nível mais alto de satisfação profissional, também apresentavam um nível mais alto de autonomia.

Os dados revelaram que, apesar das diferenças culturais existentes entre os estudos comentados e o presente estudo, a prática de enfermagem intensiva é uma prática transcultural.

Um ponto importante apontado pela classificação apoia a hipótese de que Remuneração é um fator gerador de insatisfação profissional mas não é o principal determinante da satisfação profissional, segundo o nível de importância atribuído pelas enfermeiras de UTIs.

6.5.2 O nível atual de satisfação

As Tabelas 10 A 16, a seguir, apresentam a distribuição das freqüências das respostas obtidas na Escala de Atitudes do ISP.

Tabela 10 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Sub-Componente Interação Enfermeira/Médico. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
INTERAÇÃO ENF/MÉDICO		1	2	3	4	5	6	7	total
6. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem	n	6	17	19	2	7	8	11	70
	%	8,6	24,3	27,1	2,9	10,0	11,4	15,7	100,0
19. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre enfermeira(o)s e médicos	n	3	10	20	7	7	11	12	70
	%	4,3	14,3	28,6	10,0	10,0	15,7	17,1	100,0
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem	n	27	16	11	3	7	4	2	70
	%	38,6	22,9	15,7	4,3	10,0	5,7	2,9	100,0
37. Os médicos deste hospital geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz	n	6	14	18	5	7	9	11	70
	%	8,6	20,0	25,7	7,1	10,0	12,9	15,7	100,0
39. Os médicos desse hospital subestimam demais a equipe de enfermagem	n	14	8	12	9	11	11	5	70
	%	20,0	11,4	17,1	12,9	15,7	15,7	7,1	100,0

Tabela 11 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Sub-Componente Interação Enfermeira/Enfermeira. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
INTERAÇÃO ENF/ENF		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**total**
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando "as coisas estão corridas"	n	21	26	14	3	5	1		70
	%	30,0	37,1	20,0	4,3	7,1	1,4		100,0
10. Em minha unidade, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se "à vontade"	n	15	16	15	5	9	6	4	70
	%	21,4	22,9	21,4	7,1	12,9	8,6	5,7	100,0
16. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem	n	10	20	20	4	6	8	2	70
	%	14,3	28,6	28,6	5,7	8,6	11,4	2,9	100,0
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria	n	7	5	8	4	9	25	12	70
	%	10,0	7,1	11,4	5,7	12,9	35,7	17,1	100,0
28. Em minha unidade há muita " distinção de posições": a(o)s enfermeira(o)s raramente "misturam-se" com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional	n	2	3	1	2	5	20	37	70
	%	2,9	4,3	1,4	2,9	7,1	28,6	52,9	100,0

Tabela 12 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Autonomia. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
AUTONOMIA		1	2	3	4	5	6	7	total
7. Eu sinto que sou supervisionada (o) mais diretamente ("de perto") do que é necessário	n	3	5	8	12	14	15	13	70
	%	4,3	7,1	11,4	17,1	20,0	21,4	18,6	100
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes	n	24	21	12	5	5	2	1	70
	%	34,3	30,0	17,1	7,1	7,1	2,9	1,4	100
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	n	16	15	14	4	10	8	3	70
	%	22,9	21,4	20,0	5,7	14,3	11,4	4,3	100
20. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho	n	12	10	10	7	16	12	3	70
	%	17,1	14,3	14,3	10,0	22,9	17,1	4,3	100,0
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim	n	3	10	9	18	10	14	6	70
	%	4,3	14,3	12,9	25,7	14,3	20,0	8,6	100,0
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim	n	9	13	12	4	14	15	3	70
	%	12,9	18,6	17,1	5,7	20,0	21,4	4,3	100,0
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional	n	15	18	11	2	7	12	5	70
	%	21,4	25,7	15,7	2,9	10,0	17,1	7,1	100,0
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar	n	6	10	12	4	23	5	10	70
	%	8,6	14,3	17,1	5,7	32,9	7,1	14,3	100,0

Tabela 13 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Status Profissional. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
STATUS PROFISSIONAL		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**total**
2. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	n	32	15	7	2	4	5	5	70
	%	45,7	21,4	10,0	2,9	5,7	7,1	7,1	100,0
9. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados	n	10	13	10	3	12	14	8	70
	%	14,3	18,6	14,3	4,3	17,1	20,0	11,4	100,0
11. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante	n	50	11	6	3				70
	%	71,4	15,7	8,6	4,3				100,0
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo	n	3		2	3	3	22	37	70
	%	4,3		2,9	4,3	4,3	31,4	52,9	100,0
34. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que eu faço no meu trabalho	n	30	19	10	5	4	2		70
	%	42,9	27,1	14,3	7,1	5,7	2,9		100,0
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem	n	26	5	5	8	10	1	15	70
	%	37,1	7,1	7,1	11,4	14,3	1,4	21,4	100,0
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico	n	1		1		2	13	53	70
	%	1,4		1,4		2,9	18,6	75,7	100,0

Tabela 14 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Requisitos do Trabalho. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
REQUISITOS DO TRABALHO		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**total**
4. Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático	n	11	9	19	4	11	10	6	70
	%	15,7	12,9	27,1	5,7	15,7	14,3	8,6	100,0
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o quê fazer, o tempo todo	n	15	10	19	5	11	9	1	70
	%	21,4	14,3	27,1	7,1	15,7	12,9	1,4	100,0
22. Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho	n	13	24	17	3	5	6	2	70
	%	18,6	34,3	24,3	4,3	7,1	8,6	2,9	100,0
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem	n	3	11	16		14	13	13	70
	%	4,3	15,7	22,9		20,0	18,6	18,6	100,0
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente	n	10	12	19	1	16	8	4	70
	%	14,3	17,1	27,1	1,4	22,9	11,4	5,7	100,0
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente	n	28	12	18	3	6	3		70
	%	40,0	17,1	25,7	4,3	8,6	4,3		100,0

Tabela 15 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Normas Organizacionais. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
NORMAS ORGANIZACIONAIS		1	2	3	4	5	6	7	total
5. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho	n	15	12	11	7	5	15	5	70
	%	21,4	17,1	15,7	10,0	7,1	21,4	7,1	100,0
12. Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem	n	16	15	11	6	12	7	3	70
	%	22,9	21,4	15,7	8,6	17,1	10,0	4,3	100,0
18. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem	n	30	9	13	5	6	5	2	70
	%	42,9	12,9	18,6	7,1	8,6	7,1	2,9	100,0
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas	n	2	3	6	4	13	20	22	70
	%	2,9	4,3	8,6	5,7	18,6	28,6	31,4	100,0
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente	n	9	13	12	7	10	15	4	70
	%	12,9	18,6	17,1	10,0	14,3	21,4	5,7	100,0
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste hospital e da minha unidade	n			5	1	13	26	25	70
	%			7,1	1,4	18,6	37,1	35,7	100,0
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos	n	7	12	7	3	12	17	12	70
	%	10,0	17,1	10,0	4,3	17,1	24,3	17,1	100,0

Tabela 16 - Distribuição das freqüências de respostas, absolutas e relativas, obtidas na Escala de Atitudes do ISP, Componente Remuneração. São Paulo, 1999.

		Concordo					Discordo		
REMUNERAÇÃO		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**total**
1. Meu salário atual é satisfatório	n	3	11	9	3	13	19	12	70
	%	4,3	15,7	12,9	4,3	18,6	27,1	17,1	100,0
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse hospital está insatisfeito com seu salário	n	15	10	14	9	11	8	3	70
	%	21,4	14,3	20,0	12,9	15,7	11,4	4,3	100,0
14. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável	n	2	11	13	5	9	20	10	70
	%	2,9	15,7	18,6	7,1	12,9	28,6	14,3	100,0
21. Neste hospital, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório	n	27	18	13	3	2	5	2	70
	%	38,6	25,7	18,6	4,3	2,9	7,1	2,9	100,0
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa	n	9	16	11	1	9	17	7	70
	%	12,9	22,9	15,7	1,4	12,9	24,3	10,0	100,0
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem	n	38	13	10	2	3	3	1	70
	%	54,3	18,6	14,3	2,9	4,3	4,3	1,4	100,0

6.5.3 Avaliação da confiabilidade — Coeficiente Alfa de Cronbach

Pela análise das matrizes de correlações entre os itens da Escala de Atitudes do ISP, houve a necessidade de exclusão de itens considerados inconsistentes, já que mantinham correlações negativas. São eles:

- ***Status profissional*** - itens 2 e 41
- ***Autonomia*** - item 7
- ***Normas organizacionais*** - item 42
- ***Requisitos do trabalho*** - item 22
- ***Interação*** (considerado como único) - itens 10, 23 e 28
- ***Interação enfermeira/enfermeira*** - itens 3 e 16

Pela análise das correlações inter-itens, identificou-se que todos os itens do componente Remuneração mantiveram correlações positivas entre si e que, em princípio, poderiam ser mantidos. O mesmo foi observado nas correlações do sub-componente Interação Enfermeira/Médico.

Dessa análise, outro dado importante pôde ser levantado: o componente Interação, quando considerado como único, sofreu a exclusão de três itens pertencentes ao sub-componente Enfermeira/Enfermeira. Esses mesmos itens, por sua vez, não se comportaram como indicativos de exclusão ao se analisar a correlação entre os itens considerando-se o sub-componente. Como se pode observar, itens diferentes foram excluídos do componente total Interação (itens 10, 23 e 28) e do sub-componente Interação Enfermeira/Enfermeira (itens 3 e 16). Assim, no estudo particularizado deste sub-componente, todos os itens do componente Interação foram incluídos, uma vez que apenas os de números 3 e 16 se mostraram inconsistentes neste aspecto específico.

Dentre os itens excluídos, observamos que os itens do componente Status Profissional (2 e 41) são particularmente contraditórios:

A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante - STAMPS (1997a) reportou que esse item, na análise de fatores, é o que apresentou menor peso em relação à escala inteira. O enunciado refere-se a um possível julgamento que a sociedade faz, incluindo as próprias enfermeiras, acerca da profissão. Isso não justifica a não-correlação do item com o componente mas pode ser explicado por uma inconsistência no grau de influência que ele exerce sobre a satisfação profissional.

Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico - O relato de FAIRMAN (1992) sobre o desenvolvimento da enfermagem intensiva e a vivência diária em UTIs apoiam a premissa que as competências e conhecimentos requeridos e utilizados nessas áreas geram uma percepção de status profissional diferenciado. Porém, é sugestivo que o desempenho do item possa ter sido influenciado pelas características da amostra estudada, originária de uma microcultura específica.

O item 7 do componente Autonomia, *Eu sinto que sou supervisionada mais diretamente (de perto) do que é necessário,* apresentou correlação negativa com os itens 26 e 43, que abordam a independência e a liberdade no trabalho. Uma possível justificativa é que ele trata de uma dimensão do exercício de poder organizacional que pode ter sido influenciada pelo contexto de origem da amostra. Pela própria natureza do

trabalho em UTIs, o grau de supervisão direta tende a ser menor do que em outras unidades.

O alfa de Cronbach foi calculado por componente, após a exclusão dos itens. Também foram calculadas suas possíveis variações, considerando a exclusão de itens remanescentes, como mostra a Tabela 17.

Tabela 17 - Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, com a exclusão de itens, por componentes, do ISP. São Paulo, 1999.

Componente (Alfa de Cronbach)	**Itens**	**Alfa de Cronbach alcançado com a exclusão do item**
Remuneração	8	0,73
(α = 0,76)	21	0,74
	44	0,74
	1	0,70
	14	0,74
	32	0,73
Status Profissional	27	0,44
(α = 0,50)	9	0,49
	11	0,45
	34	0,38
	38	0,44
Autonomia	17	0,56
(α = 0,65)	20	0,56
	30	0,58
	31	0,64
	13	0,67
	26	0,63
	43	0,62
Normas Organizacionais	12	0,58
(α = 0,65)	18	0,60
	33	0,62
	5	0,67
	25	0,55
	40	0,64
Requisitos do Trabalho	4	0,57
(α = 0,60)	15	0,46
	36	0,53
	24	0,54
	29	0,62
Interação	35	0,78
(α = 0,80)	39	0,77
	3	0,81
	6	0,76
	16	0,80
	19	0,78
	37	0,75
Interação	10	0,63
Enfermeira/Enfermeira	23	0,28
(α = 0,54)	28	0,37
Interação	35	0,80
Enfermeira/Médico	39	0,78
(α = 0,81)	6	0,77
	19	0,80
	37	0,76
Alfa total da Escala = 0,74		

NUNNALLY (1967) afirma que um alfa adequado para os instrumentos em estágios iniciais de desenvolvimento deve ser maior que 0,70 e para os instrumentos desenvolvidos, que seja maior que 0,80. FULLERTON (1993) e MUNRO (1991) apoiam a afirmação. Porém LYNN (1985) alerta que a confiabilidade dos instrumentos tem natureza empírica e instável, variando entre diferentes aplicações de um mesmo teste e sugere que seja estimada em cada aplicação.

Excetuando-se os componentes Remuneração e Interação, quando considerado como único e o sub-componente Enfermeira/Médico, os valores alcançados nesse estudo são considerados moderados, segundo a classificação de MUNRO (1991), e podem ser indicativos que o instrumento apresentou esse comportamento em função da natureza da amostra.

Pelos valores apresentados na Tabela 17, observa-se que o alfa do componente Remuneração, que já é considerado aceitável, não melhoraria com a exclusão de outros itens.

O valor do alfa do componente Status Profissional, que é considerado moderado, não pode ser melhorado pela exclusão de outros itens porque a diferença que isso acarretaria não seria significativa. O mesmo se aplica ao item 13, do componente Autonomia; ao 5, do componente Normas Organizacionais; ao 29, de Requisitos do Trabalho; e ao 3, de Interação (analisada como única). Um item que gerou certo grau de conflito quanto a conduta a ser tomada foi o 10, do componente Interação Enfermeira/Enfermeira. Sua exclusão aumentaria o alfa do sub-componente

para 0,63 porém, o mesmo apresenta correlações positivas, ainda que baixas, com os demais e o sub-componente ficaria limitado a 2 itens. Por esse motivo, optou-se por sua manutenção.

Os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach, por componentes, reportados em outros trabalhos realizados com o mesmo instrumento mantêm-se próximos aos encontrados no presente estudo. WILLIAMS (1990), ao investigar a existência de diferenças no nível de satisfação entre enfermeiras de UTIs e de outras unidades, reportou um alfa total de 0,64. Não reportou os valores do alfa por componentes. OERMANN (1995) ao estudar o nível de satisfação profissional entre enfermeiras de UTIs identificou um alfa total de 0,88. KOVNER et al (1994) apud STAMPS (1997a) determinou o alfa por componente e encontrou: Remuneração - 0,84; Autonomia - 0,71; Requisitos do Trabalho - 0,72; Normas organizacionais - 0,73; Interação - 0,79 e Status Profissional - 0,44. STAMPS (1997a), reportou os valores encontrados em outros estudos que utilizaram o instrumento original, segundo componente:

- ***Autonomia*** - 0,69 - 0,75 - 0,75 - 0,74 - 0,70 - 0,76 - 0,74 - 0,74 - 0,76
- ***Remuneração*** - 0,85 - 0,86 - 0,83 - 0,87 - 0,87 - 0,89 - 0,89 - 0,86 - 0,88
- ***Requisitos do Trabalho*** - 0,69 - 0,67 - 0,73 - 0,70 - 0,69 - 0,66 -0,64 - 0,78 - 0,70

- ***Normas Organizacionais*** - 0,83 - 0,73 - 0,71 - 0,70 - 0,65 - 0,67 - 0,71 - 0,72 - 0,74
- ***Status Profissional*** - 0,76 - 0,63 - 0,29 - 0,38 - 0,47 - 0,48 - 0,49 - 0,46 - 0,45
- ***Interação*** - 0,82 - 0,72 - 0-,77 - 0,84 - 0,81 - 0,81
- ***Enfermeira/Enfermeira*** - 0,71 - 0,71 - 0,71
- ***Enfermeira/Médico*** - 0,84 - 0,81 - 0,83

Os valores do componente Status Profissional, encontrados no presente estudo e nos acima citados, fortalecem três hipóteses. A primeira é que a natureza de sua percepção sofre influências culturais e temporais. Outra hipótese é a dificuldade do estabelecimento de critérios válidos de mensuração do componente. A terceira é que o nível de sua percepção não é determinante de satisfação profissional.

6.5.4 O Índice de Satisfação Profissional

Os valores obtidos a partir da Escala de Atitudes do ISP, são apresentados na Tabela a seguir.

Tabela 18 - Resultados numéricos dos escores da Escala de Atitudes do ISP. São Paulo, 1999.

Componente	Escore Total do Componente da Escala	Escore Médio do Componente da Escala
Remuneração	18,69	3,11
Autonomia	27,30	3,90
Requisitos do Trabalho	17,29	3,46
Status Profissional	27,04	5,41
Normas Organizacionais	18,69	3,11
Interação (Geral)	28,91	4,13
Enfermeira-Enfermeira	10,84	5,42
Enfermeira-Médico	18,29	3,66
	Escore Total da Escala: 137,91	**Escore Médio da Escala: 3,83**

Através dos valores mostrados na Tabela 18, os componentes foram classificados, segundo o nível atual de satisfação das enfermeiras de UTIs, como mostram as Figuras 5 e 6.

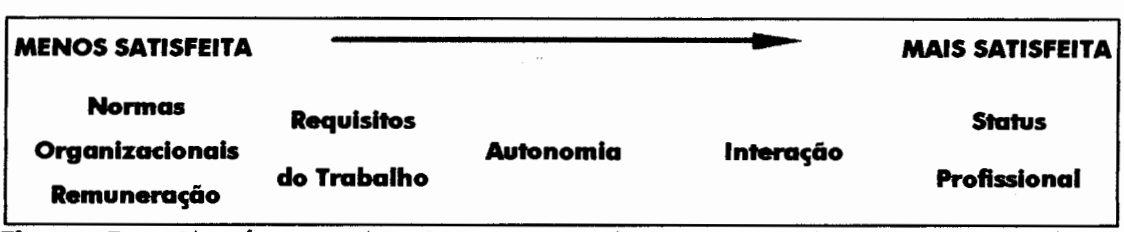

Figura 5 - Classificação dos Componentes do ISP, por ordem do nível atual de satisfação, considerando-se o componente Interação como único, percebida pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999.

MENOS SATISFEITA →					MAIS SATISFEITA
Normas Organizacionais Remuneração	**Requisitos do Trabalho**	**Interação Enfermeira/ Médico**	**Autonomia**	**Status Profissional**	**Interação Enfermeira/ Enfermeira**

Figura 6 - Classificação dos Componentes do ISP, por ordem do nível atual de satisfação, considerando-se os sub-componentes da Interação, percebida pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999.

Ao se analisar a relação existente entre o nível de satisfação profissional atual das enfermeiras de UTIs em relação ao nível de importância atribuído, podem ser observadas dissonâncias, como mostra a Figura 7.

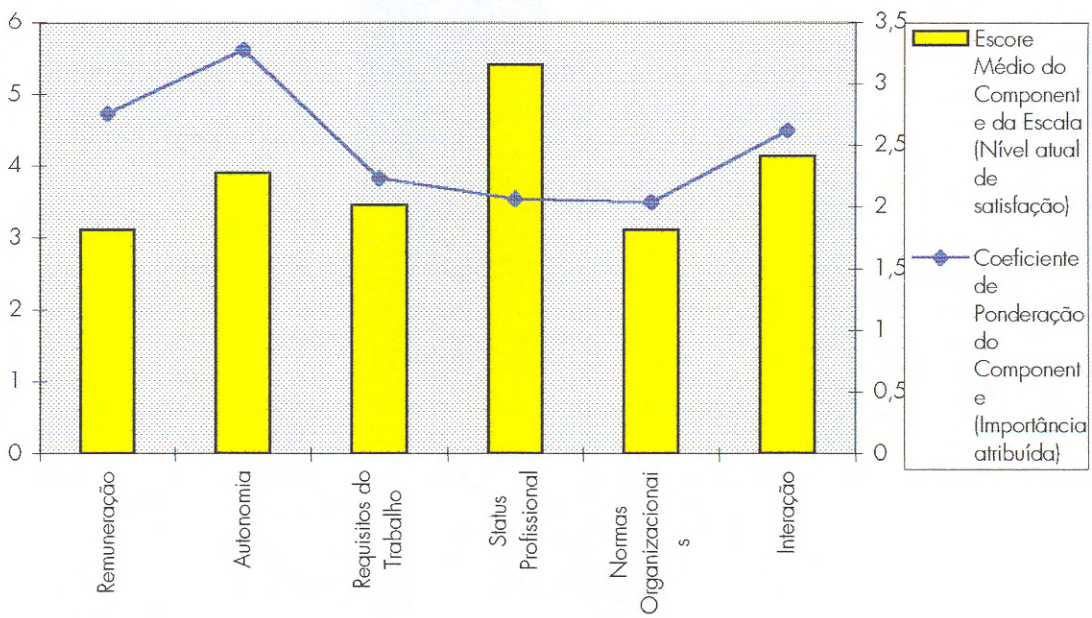

Figura 7 - Proporção entre o nível de importância atribuída e o nível atual de satisfação identificado, em relação aos componentes da satisfação profissional, pelas enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999.

Pela Figura 7 o único componente cujo nível de satisfação percebida alcançou e superou o nível de importância atribuída foi Status Profissional.

O ponto relevante dessa interseção é o fato de Status Profissional ter sido classificado em quarto lugar no nível de importância atribuída e ser o componente em relação ao qual as enfermeiras de UTI encontravam-se mais satisfeitas. Do ponto de vista de FAIRMAN (1992) o status profissional diferenciado, vivenciado pelas enfermeiras de UTIs, está associado à percepção acerca do conteúdo do trabalho: o alto nível de desempenho e conhecimentos — o poder/saber tradicionalmente de domínio médico. ALSPACH (1989) e EVANS (1991) reforçam a idéia das autoras e acrescentam que o status profissional, enquanto determinante de satisfação profissional da enfermeira de UTI, está ligado ao reconhecimento e o respeito pelo seu trabalho, por parte de seus pares, médicos, pacientes e famílias, administradores e outros profissionais da equipe de saúde.

Seguindo a linha de pensamento de FAIRMAN (1992), seria esperado que o componente que mais estritamente se liga a Status Profissional — Requisitos do Trabalho — fosse percebido em um nível mais alto de satisfação atual ou de importância atribuída. Para refutar a hipótese de FAIRMAN (1992), que o conteúdo do trabalho da enfermeira de UTI é gerador de status, e com vistas ao presente estudo, BOUMANS; LANDEWEERD (1994) não encontraram correlação significativa entre o grau de complexidade e dificuldade do trabalho de UTI com o nível de satisfação

profissional. Os achados da literatura são controversos e a questão é complexa. Possivelmente, a influência exercida pelo conteúdo do trabalho em UTI sobre a satisfação profissional envolva outros fatores que ainda não tenham sido caracterizados.

O desempenho fraco do componente Requisitos do Trabalho também pode ser atribuído a uma possível influência negativa do componente Normas Organizacionais, considerado o determinante menos importante da satisfação no trabalho de enfermeiras de UTI e, no entanto, o que causa maior insatisfação. ULLRICH (19878) já apontava que o excesso de responsabilidades, a falta de pessoal e o excesso de trabalho administrativo e burocrático, que podem caracterizar um descontentamento com Requisitos do Trabalho, estão relacionados à políticas institucionais e práticas administrativas inadequadas e à supervisão de má qualidade, como pode ser observado pelas freqüências de respostas aos itens 4, 15, 36 na Tabela 14.

Outro ponto relevante que pode ser observado na Figura 7, é a proporcionalidade do componente Interação, tanto pela importância atribuída como pela satisfação percebida.

Ao se aprofundar a análise, pode-se inferir que o sub-componente Enfermeira/Enfermeira tenha influência positiva sobre o nível de satisfação com Interação, quando considerado como único, já que o sub-componente Enfermeira/Médico não demonstra ser fator favorável.

Os achados da literatura apontam para as dificuldades no relacionamento profissional entre enfermeiras e médicos (EVANS; CARLSON,

1992; FAGIN, 1992; ADAMSON; KENNY, 1993; MANDERINO; BERKEY, 1997). Essas dificuldades são apontadas como conseqüentes à hegemonia da prática médica vigente na assistência à saúde e ao vínculo que a prática de enfermagem tem com o modelo hierárquico de tomada de decisões, cujo domínio é médico. Essa ligação é explicada pela natureza das intervenções de enfermagem nas instituições hospitalares, em geral, e nas UTIs, em particular.

As ações/intervenções de enfermagem intensiva são predominantemente interdependentes e dependentes da prática médica, significando que a autonomia do trabalho médico confere poder de autoridade sobre o trabalho de enfermagem, mesmo quando a prática de UTI se reveste de um cunho colaborativo ou quando as demandas da assistência intensiva exijam maior independência das enfermeiras. Somando-se a isso, VERSCHUREN; MASSELINK (1997) apontam para as divergências entre os comportamentos e as expectativas profissionais que existem entre enfermeiras e médicos.

Isso pode vir a explicar a existência de discordância entre o nível de importância atribuído ao componente Autonomia, considerado o mais importante, e o nível de satisfação atual percebido pelas enfermeiras de UTI.

A dissonância entre o nível de importância atribuído à Autonomia e o nível atual de satisfação percebido em relação a ele pode ser devido à influências do componente Normas Organizacionais. Os achados da literatura (STECHMILLER; YARANDI, 1992; SILLS, 1993; GURNEY; MUELLER;

PRICE, 1997; MCNEESE-SMITH, 1997; MORRISON; JONES; FULLER, 1997; MOSS; ROWLES, 1997) sugerem que a variável organizacional que têm maior impacto sobre o bem-estar no trabalho da enfermeira e, consequentemente, satisfação profissional, é o estilo de liderança e gerenciamento. Isso provavelmente está associado ao caráter direto e objetivo com que se manifesta, gerando efeitos psicossociais de fácil percepção. PUSTAI (1989) e MORRISON; JONES; FULLER (1997) afirmam que os trabalhadores não escolhem seus líderes/gerentes e, por isso, estes últimos devem compreender os processos sociais que afetam os trabalhadores e conquistar seu respeito e confiança. Os dados observados pela Figura 7 e obtidos no presente estudo (Tabela 12) corroboram essa premissa. Seguindo outra linha, ALEXANDER; WEISMAN; CHASE (1982) sugerem que a insatisfação das enfermeiras em relação à Autonomia possa estar vinculada à socialização presente na formação educacional, levando à criação de expectativas que não são alcançadas na prática diária.

O desequilíbrio entre o nível de importância atribuído e o nível de satisfação percebido em relação ao componente Remuneração é um achado expressivo porém, não surpreendente considerando-se a situação econômica do país. Em nosso meio, MOURA (1992); LAUTERT; RAMOS; BIANCHESSI, (1995), ANTUNES; SANT ANNA (1996) já haviam reportado a influência negativa que o nível salarial impõe sobre a percepção de satisfação profissional, por parte do trabalhador de enfermagem.

Na Tabela a seguir, são apresentados os escores numéricos obtidos através da aplicação do ISP.

Tabela 19 - Escores numéricos e variações do ISP. São Paulo, 1999.

Componente	I. Coeficiente de Ponderação do Componente (Parte A)	II. Escore Total do Componente da Escala (Parte B)	III. Escore Médio do Componente da Escala (Parte B)	IV. Escore de Componente Ajustado (I X II)
Remuneração	2,76	18,69	3,11	8,577
Autonomia	3,28	27,3	3,9	12,800
Requisitos do Trabalho	2,23	17,29	3,46	7,726
Status Profissional	2,07	27,04	5,41	11,193
Normas Organizacionais	2,04	18,69	3,11	6,341
Interação (Geral)	2,62	28,91	4,13	10,816
Escore Total da Escala: 137,91 (variação: 35 - 245)		**Escore Médio da Escala: 3,8 (variação: 1 - 7)**		**Índice de Satisfação Profissional: 9,6 (variação: 2,5 – 17,50)**

Pela Tabela 19 pode-se observar que os sub-componentes da Interação não foram calculados e isso deveu-se ao domínio dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes, que não considera os sub-componentes.

A Tabela 19 apresenta a representação do estado verdadeiro de satisfação profissional das enfermeiras das UTIs em relação ao seu trabalho. Os Escores de Componentes Ajustados classificaram os componentes em ordens diversas às já observadas na Figura 7. Para melhor visualização, a classificação está apresentada na Figura 8.

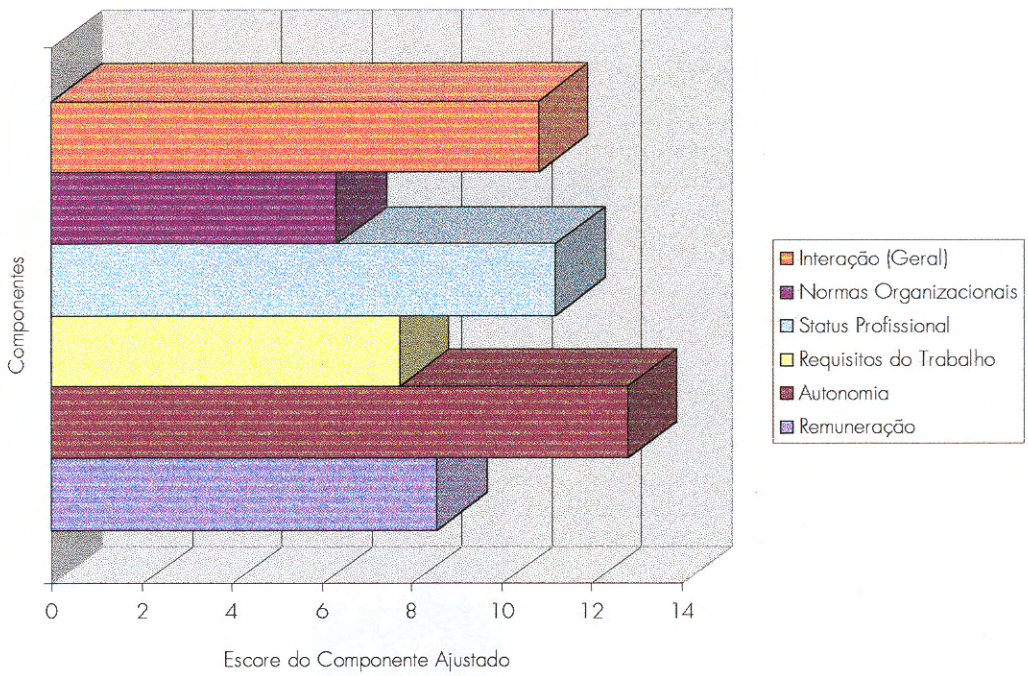

Figura 8 - Classificação dos componentes segundo nível de satisfação profissional das enfermeiras de UTIs. São Paulo, 1999.

A Figura 8 mostra a representação do verdadeiro nível de satisfação profissional das enfermeiras das UTIs, apoiando a premissa que o fenômeno satisfação profissional é multivariado e influenciado por diversos fatores. No presente estudo observa-se que o nível de expectativas das enfermeiras das UTIs media sua percepção atual de satisfação, compondo um quadro complexo. OBERLE; DAVIES (1993) alertam que as enfermeiras que são constantemente submetidas à forças que as levem a trair seus valores pessoais podem vir a sofrer possíveis conseqüências adversas no domínio físico e psicossocial.

No presente estudo, foi demonstrado que a maior divergência entre o nível de importância atribuída e o nível de satisfação percebida

ocorreu com o componente Remuneração, levando a um nível real moderado de satisfação profissional.

Pelos resultados apresentados conclui-se a importância da identificação das diferentes dimensões que compõem o nível real de satisfação profissional.

6.5.6 Avaliação da confiabilidade — Coeficiente Tau de Kendall

O Tau de Kendall do ISP apresentou valores maiores que os encontrados por STAMPS (1997a), que foi de 0,86, como mostra a Tabela 20, a seguir.

Tabela 20 - Valores do Coeficiente de Correlação Tau de Kendall entre o Escore Ajustado e Escore Médio dos Componentes. São Paulo, 1999.

Componente	Tau de Kendall
Remuneração	0,98
Status Profissional	0,98
Autonomia	0,98
Normas Organizacionais	0,98
Requisitos do Trabalho	0,98
Interação	0,99

Os valores do coeficiente de confiabilidade calculados entre o Escore Ajustado dos Componentes e o escore Médio dos Componentes indicaram um alto nível de confiabilidade para o instrumento.

6.6 Análise do nível de satisfação profissional

Na Tabela a seguir, podem ser observados os quartis para análise do nível de satisfação profissional entre as enfermeiras das UTI.

Tabela 21 - Quartis para Interpretação dos Dados Obtidos do ISP. São Paulo, 1999.

Componente	Intervalo de escore	Quartis			
		1º	2º	3º	4º
Quartis da Escala de atitudes					
Remuneração	6 a 42	6 a 13	14 a 16	17 a 23	24 a 35
Status Profissional	5 a 35	11 a 24	25 a 27	28 a 30	31 a 35
Autonomia	7 a 49	12 a 23	24 a 26	27 a 31	32 a 46
Normas Organizacionais	6 a 42	7 a 13	14 a 18	19 a 23	24 a 38
Requisitos do Trabalho	5 a 35	8 a 12	13 a 17	18 a 20	21 a 31
Interação (geral)	7 a 49	11 a 23	24 a 30	31 a 35	36 a 46
Enfermeira-Enfermeira	2 a 14	2 a 8	9 a 11	12 a 13	14 a 14
Enfermeira-Médico	5 a 35	5 a 13	14 a 19	20 a 23	24 a 32
Escore Total da Escala		89 a 118	120 a 134	135 a 154	155 a 221
Quartis das Comparações Pareadas					
Coeficiente de Ponderação do Componente	1,4 a 3,6	1,4 a 2,1	2,2 a 2,5	2,6 a 2,8	2,9 a 3,6
ISP – Média dos Escores de Componentes Ajustados	6,1 a 15,3	6,1 a 8,2	8,3 a 9,3	9,4 a 10,7	10,8 a 15,3

A Tabela a seguir apresenta mostra os níveis de satisfação profissional, em relação à análise dos quartis.

Tabela 22 - Distribuição das freqüências do ISP, segundo componentes e quartis. São Paulo, 1999.

	Quartis									
	1		2		3		4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Remuneração	16	22,9	17	24,3	20	28,6	20	28,6	70	100
Status Profissional	18	25,7	18	25,7	17	24,3	17	24,3	70	100
Autonomia	18	25,7	14	20,0	20	28,6	18	25,7	70	100
Normas Organizacionais	17	24,3	21	30,0	15	21,4	17	24,3	70	100
Requisitos do Trabalho	17	24,3	16	22,9	19	27,1	18	25,7	70	100
Interação	17	24,3	17	24,3	19	27,1	17	24,3	70	100

Pela Figura 10, a distribuição do nível de satisfação profissional das enfermeiras de UTI, por componentes e quartis, pode ser melhor observada.

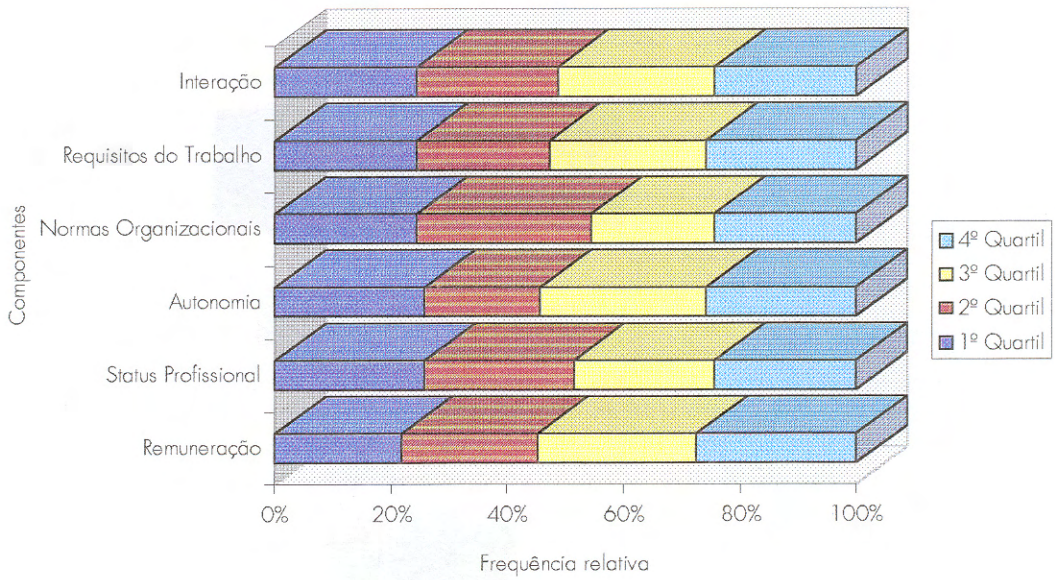

Figura 9 - Distribuição das freqüências relativas do ISP, segundo componente e quartil. São Paulo, 1999.

Pela Figura 9, pode-se observar que houve uma distribuição homogênea do nível real de satisfação profissional entre os quatro quartis de satisfação, não indicando tendências de concentração, na amostra total.

6.7 Identificação e análise dos grupos

A análise dos agrupamentos identificou 3 grupos de enfermeiras, que se distinguiram em relação ao nível de satisfação profissional, pelos componentes — Grupos 1, 2 e 3, como podem ser vistos pela Figura 10.

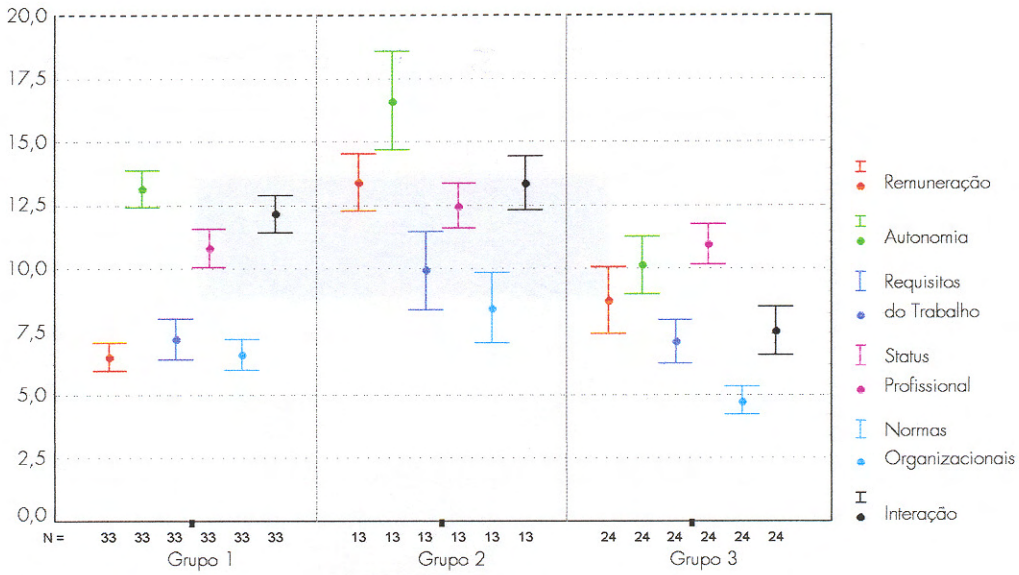

Figura 10 - Grupos de enfermeiras identificados pela análise de agrupamentos (*cluster analysis*), através do Índice de Satisfação Profissional, por componentes. São Paulo, 1999.

Através da análise da variância (*one-way* ANOVA) foi possível a distinção dos grupos, segundo os níveis de satisfação profissional em relação aos componentes.

Tomando-se os Grupos, pelo que pode ser observado pela Figura 10, o Grupo 1 (n = 33) distingue-se dos outros por valores intermediários em Interação, Normas Organizacionais e Autonomia. Não difere do Grupo 3 em Status Profissional e Requisitos do Trabalho porém, apresenta os mais baixos valores em Remuneração.

As enfermeiras do Grupo 1 sentem-se moderadamente satisfeitas em relação aos componentes institucionais, aspiram pelo reconhecimento do mérito e valor do seu trabalho e sentem-se insatisfeitas em relação ao

conteúdo do trabalho, ou seja, Requisitos do Trabalho e Remuneração. No que concerne à aspirar por reconhecimento da importância e do valor do seu trabalho, não diferem das estudantes de DODDS; LAWRENCE; WEARING (1991), que analisaram a percepção de satisfação profissional entre grupos de estudantes com e sem treinamento formal em UTIs. Assim, a enfermeira que pertence a esse Grupo 1, foi denominada, em caráter ilustrativo ***Enfermeira Acadêmica***.

As enfermeiras do Grupo 2 (n = 13) apresentaram valores significativamente superiores em todos os componentes, em relação aos demais grupos. A enfermeira desse grupo tem o mais alto nível de satisfação profissional. A percepção que tem acerca do ideal moral do cuidar em UTI é fonte de realização. Não se sente insatisfeita. Sua prática é marcada pelo ideário de Florence Nightingale. Ela é a ***Enfermeira Clássica***.

A enfermeira que pertence ao Grupo 3 (n = 24) apresenta os níveis mais baixos de satisfação profissional em relação à quase totalidade dos componentes. Difere do Grupo 1 em Remuneração. Os maiores motivadores de sua insatisfação são os componentes institucionais (Autonomia, Requisitos do Trabalho, Normas Organizacionais e Interação). Seu nível de satisfação em relação à Autonomia é mais elevado do que Interação. Infere-se que prefere sua independência à interação em grupo, porém quer que seu trabalho seja valorizado pela instituição. Ela é a ***Enfermeira Profissional***.

Nas Tabelas a seguir observam-se as características sociodemográficas e profissionais dessas enfermeiras.

Tabela 23 - Características dos grupos de enfermeiras segundo a satisfação com o trabalho. São Paulo, 1999.

Grupos identificados pelos componentes ajustados	Média	Mínimo	Máximo	Nº casos
Enfermeira Acadêmica				
Idade (anos)	31,9	23,00	48,00	30
Tempo de formada (anos)	9,20	1,41	22,00	31
Tempo de trabalho em UTIs (anos)	6,98	0,50	22,33	32
Tempo de trabalho na UTI atual (anos)	3,91	0,50	13,66	33
Salário líquido mensal (R$)	1.838,65	1.200,00	2.760,00	31
Enfermeira Clássica				
Idade (anos)	29,54	24,00	38,00	13
Tempo de formada (anos)	5,34	1,41	11,33	12
Tempo de trabalho em UTIs (anos)	4,41	1,25	10,25	13
Tempo de trabalho na UTI atual (anos)	2,70	0,83	7,58	13
Salário líquido mensal (R$)	2.198,62	1.334,00	3.300,00	13
Enfermeira Profissional				
Idade (anos)	28,91	24,00	37,00	22
Tempo de formada (anos)	5,01	1,33	14,41	24
Tempo de trabalho em UTIs (anos)	4,09	0,58	13,00	24
Tempo de trabalho na UTI atual (anos)	3,01	0,58	8,58	24
Salário líquido mensal (R$)	2.048,48	1.200,00	3.200,00	23

Pela Tabela 23, observa-se que o grupo das enfermeiras acadêmicas apresenta os valores mais altos em idade, tempo de formada, tempo de trabalho em UTIs e tempo de trabalho na UTI atual. Apresentaram os mais baixos valores de salário líquido mensal, comprovando o estado real de insatisfação em relação à Remuneração. DECKER (1997) infere que ..

quanto maior o tempo de trabalho na mesma unidade, maior é a tendência de níveis mais baixos de satisfação profissional. Os resultados refutam a idéia já que o grupo que apresentou os níveis mais baixos de satisfação profissional é o grupo das enfermeiras profissionais, cujo tempo médio de trabalho na mesma UTI é de 3,01 anos. Outro dados significativo é que as enfermeiras clássicas apresentaram o menor tempo de trabalho na UTI atual e o maior salário líquido mensal. As enfermeiras profissionais são as mais jovens e têm o menor tempo de formada.

Tabela 24 - Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo características sociodemográficas São Paulo, 1999.

Características sociodemográficas	Grupos identificados pelos componentes ajustados						Total	
	Enfermeira Acadêmica		Enfermeira Clássica		Enfermeira Profissional			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
feminino	31	93,9	11	84,6	21	87,5	63	90,0
masculino	2	6,1	2	15,4	3	12,5	7	10,0
Total	33	100	13	100	24	100	70	100
Estado conjugal								
solteira	20	60,6	11	84,6	12	50,0	43	61,4
casada	12	36,4	2	15,4	10	41,7	24	34,3
separada	1	3,0	-	-	2	8,3	3	4,3
Total	33	100	13	100	24	100	70	100
Tem filhos								
sim	10	31,3	2	15,4	9	37,5	21	30,4
não	22	68,8	11	84,6	15	62,5	48	69,6
Total	32	100	13	100	24	100	69	100
Faixa etária dos filhos								
menores 1 ano	1	10,0	-	-	2	22,2	3	14,3
≥ 1 ano e < 5 anos	4	40,0	2	100	4	44,4	10	47,6
≥ 5 anos e < 10 anos	4	40,0	-	-	5	55,6	9	42,9
≥ 10 anos e < 15 anos	1	10-,0	-	-	2	22,2	3	14,3
≥ 15 anos e < 21 anos	-	-	1	50,0	-	-	1	4,8
Total	10	100	2	100	9	100	21	100

Tabela 25 - Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo características profissionais São Paulo, 1999.

Características sociodemográficas	Grupos identificados pelos componentes ajustados						Total	
	Enfermeira Acadêmica		Enfermeira Clássica		Enfermeira Profissional			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Especialização								
sim	27	81,8	9	69,2	15	62,2	51	72,9
não	6	18,2	4	30,8	9	37,5	19	27,1
Total	33	100	13	100	24	100	70	100
Área de especialização								
UTI	13	52,0	8	88,9	10	71,4	31	64,6
Administração hospitalar	4	16,0	2	22,2	1	7,1	7	14,6
Pediatria/Neonatologia	3	12,0	-	-	1	7,1	4	8,3
Cardiologia	1	4,0	1	11,1	1	7,1	3	6,3
Enf. Médico-Cirúrgica			1	11,1	2	14,3	3	6,3
Outras áreas	7	28,0	-	-	1	7,1	8	16,8
Total	25	100	9	100	14	100	48	100
Outros cursos de formação								
Mestrado	3	37,5	-	-	2	100	5	45,5
Licenciatura	3	37,5	1	100	1	50,0	5	45,5
Doutorado			-	-	1	50,0	1	9,1
Outros	2	12,5	-	-	-	-	2	18,2
Total	8	100	1	100	2	100	11	100
Horário de trabalho fixo								
sim	21	63,6	3	25,0	8	33,3	32	46,4
não	12	36,4	9	75,0	16	66,7	37	53,6
Total	33	100	12	100	24	100	69	100
Horário atual de trabalho								
Manhã	7	21,1	4	33,3	5	20,8	16	23,2
Tarde	9	27,3	2	16,7	4	16,7	15	21,7
Diurno (12/36 hs.)	3	9,1	-	-	3	12,5	6	8,7
Noturno (12/36 hs.)	14	42,4	6	50,0	12	50,0	32	46,5
Total	33	100	12	100	24	100	69	100
Trabalha em UTI porque								
Escolheu a área	28	84,8	12	92,3	22	91,7	62	88,6
Não haviam vagas em outro setor	3	9,1	-	-	2	8,3	5	7,1
Outros	2	6,1	1	7,7	-	-	3	4,3
Total	33	100	13	100	24	100	70	100

Tabela 25 - Continuação - Distribuição dos grupos de enfermeiras, segundo características profissionais São Paulo, 1999.

Características sociodemográficas	Grupos identificados pelos componentes ajustados						Total	
	Enfermeira Acadêmica		Enfermeira Clássica		Enfermeira Profissional			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades que predominantemente realiza na UTI								
Cuidados diretos aos pacientes	30	93,8	12	92,3	22	91,7	64	92,8
Supervisão da equipe de enfermagem	8	25,0	6	46,2	5	20,8	19	27,5
Gerenciamento da UTI	1	3,1			1	4,2	2	2,9
Sistematização da Assistência de Enfermagem					1	4,2	1	1,4
Total	32	100	13	100	24	100	69	100
Benefícios que recebe								
Convênio médico	29	90,6	13	100	23	95,8	65	94,2
Estacionamento	15	46,9	9	69,2	13	54,2	37	53,6
Convênio com farmácias	14	43,8	9	69,2	13	54,2	36	52,2
Cesta-básica	5	15,6	4	30,8	9	37,5	18	26,1
Creche	6	18,8	3	23,1	6	25,0	15	21,7
Assistência odontológica	4	12,5	3	23,1	1	4,2	8	11,6
Auxílio-educação	4	12,5	1	7,7	3	12,5	8	11,6
Fianciamentos e empréstimos	3	9,4	3	23,1	2	8,3	8	11,6
Previdência privada	1	3,1			1	4,2	2	2,9
Gratificação por especialização e assiduidade	1	3,1					1	1,4
Vale-transporte					1	4,2	1	1,4
Total	32	100	13	100	24	100	69	100
Gosta de trabalhar em UTI								
sim	33	100	13	100	24	100	70	100
não	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	33	100	13	100	24	100	70	100
Sente-se satisfeita por trabalhar em UTI								
sim	33	100	13	100	22	91,7	68	97,1
não	-	-	-	-	2	8,3	2	2,9
Total	33	100	13	100	24	100	70	100

Os resultados apresentados nas Tabelas anteriores são inconclusivos no que concerne à existência de relações significativas entre as diversas variáveis sociodemográficas e profissionais, apoiando os achados da literatura.

7 CONCLUSÕES

Partindo da proposta de realizar a adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction para o nosso meio, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação profissional entre enfermeiras de UTIs, os resultados encontrados no presente estudo permitiram as seguintes conclusões:

- A tradução do Index of Work Satisfaction para a língua portuguesa atendeu aos critérios de equivalência idiomática, cultural e conceitual preconizados na literatura.

- A avaliação das propriedades psicométricas da tradução do Index of Work Satisfaction, obtidas após sua aplicação numa amostra de enfermeiras de UTIs, resultou em uma versão reduzida, após a exclusão de cinco itens. O instrumento resultante foi denominado Índice de Satisfação Profissional (ISP).

- A análise da confiabilidade do ISP pelo coeficiente Alfa de Cronbach resultou no valor de 0,74 e pelo coeficiente Tau de Kendall em 0,98, demonstrando ser um instrumento confiável para medir o nível de satisfação profissional entre enfermeiras de UTI, em nosso meio.

Quanto ao nível de importância atribuída aos componentes da satisfação profissional, entre as enfermeiras das UTIs estudadas, verificou-se que consideraram Autonomia o componente mais importante, seguido por Remuneração, Interação, Requisitos do Trabalho, Status Profissional e Normas Organizacionais.

Em relação ao nível atual de satisfação profissional, entre as enfermeiras das UTIs estudadas, identificou-se que estavam mais satisfeitas com Status Profissional e com as relações profissionais que mantêm com seus pares (Interação), seguidos por Autonomia, Requisitos do Trabalho e, no mesmo nível, Normas Organizacionais e Remuneração.

Quanto ao nível real de satisfação profissional, mediado pela importância atribuída aos componentes e pelo nível atual de satisfação percebido, verificou-se que as enfermeiras das UTIs estudadas eram mais satisfeitas quanto à Autonomia, seguida por Status Profissional, Interação, Remuneração, Requisitos do Trabalho e Normas Organizacionais, respectivamente.

Os resultados mostraram as diferentes dimensões que compõem a satisfação profissional e em que níveis se encontravam as enfermeiras das UTIs estudadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de terem sido utilizados procedimentos visando a garantia de manutenção das propriedades psicométricas do Índice de satisfação Profissional, recomenda-se que sejam realizados novos estudos, em diferentes contextos da prática de enfermagem. Para tanto, é recomendável que sejam avaliadas as propriedades psicométricas do ISP a cada uso. Dessa forma, assegura-se que o instrumento possa realmente medir o que se propõe a medir.

A versão traduzida e adaptada do ISP, após a exclusão dos itens considerados inconsistentes, demonstrou que o componente Interação leva a duas versões passíveis de aplicação, segundo o nível de mensuração desejado.

A primeira refere-se à mensuração do componente Interação, considerado como único. Neste caso particular, o ISP deve ser aplicado excluindo-se os itens 10, 23 e 28.

Se a proposta do estudo é realizar um refinamento da mensuração do componente Interação, utilizando-se os sub-componentes Interação Enfermeira/Enfermeira e Interação Enfermeira/Médico, recomenda-se que o ISP seja aplicado com todos os itens do componente. A distinção e exclusão de itens se realizará no procedimento de escore.

Ao se calcular o Escore Médio do Componente Interação, pela Escala de Atitudes, não considerar os itens 10, 23 e 28. Para o cálculo do

Escore Médio do sub-componente Interação Enfermeira/Enfermeira, incluir os itens citado e excluir os itens 3 e 16. O Índice de Satisfação Profissional, propriamente dito será calculado considerando-se o componente Interação, como único. Os valores obtidos através dos sub-componentes produzem, apenas, um detalhamento sobre uma percepção atual, não considerado na determinação do nível real de satisfação profissional.

Os procedimentos utilizados na adaptação transcultural do Índice de Satisfação Profissional ilustrou a contribuição e importância do uso de procedimentos estruturados para a aplicação de instrumentos de medida em culturas além daquelas em que foram desenvolvidos. Um ponto importante na aplicação e replicação de instrumentos em pesquisa envolve a questão ética: o crédito da criação e desenvolvimento do instrumento é do autor.

O percurso através da abordagem metodológica de adaptação transcultural de instrumentos de medida demonstrou ser um empenho oneroso no que concerne ao tempo dispendido e ao capital humano necessário. Entretanto, na medida em que se desenvolve, a abordagem surpreende, através das várias dimensões que compreende, levando o pesquisador a um nível único de realização.

Recomenda-se, também, que sejam realizados outros estudos sobre a satisfação profissional entre as enfermeiras de UTIs, em relação aos múltiplos aspectos que compõem essa prática. Os resultados podem vir a fornecer subsídios para o direcionamento das políticas de recursos humanos e formação e capacitação profissional.

ANEXO 1

The Index of Work Satisfaction Questionnaire ©

PART A (Paired Comparisons)

Listed and briefly defined below are six terms or factors that are involved in how people feel about their work situation. Each factor has something to do with "work satisfaction". We are interested in determining which of these is **most important** to you in relation to the others.

Please carefully read the definitions for each factor as given below:

- ***Pay*** - dollar remuneration and fringe benefits received for work done.
- ***Autonomy*** - amount of job related independence, initiative, and freedom, either permitted or required in daily work activities.
- ***Task Requirements*** - tasks or activities that must be done as a regular part of the job.
- ***Organizational Policies*** - management policies and procedures put forward by the hospital and nursing administration of this hospital.
- ***Interaction*** - opportunities presented for both formal and informal social and professional contact during working hours.
- ***Professional Status*** - overall importance or significance felt about your job, both in your view and in the view of others.

Instructions: These factors are presented in pairs on the next page. A total of 15 pairs are presented: this is every set of combinations. No pair is repeated or reversed. For each pair of terms, decide which one is *more important* for your job satisfaction or morale, and check the appropriate box. For example, if you feel that Pay (as defined above) is more important than Autonomy (as defined above), check the box for Pay.

© *The IWS Questionnaire is used by permission of Paula L. Stamps, Ph.D., and Market Street Research, Inc., Northampton, Massachusetts.*

Part A (Paired Comparisons, Continued)

It will be difficult for you to make choices in some cases. However, please do try to select the factor which is more important to you. Please make an effort to answer every item; do not go back to change any of your answers.

Please choose the one member of the pair which is *most important* to you.

1.	☐	Professional Status	or	☐ Organizational Policies
2.	☐	Pay Requirements	or	☐ Task Requirements
3.	☐	Organizational Policies	or	☐ Interaction
4.	☐	Task Requirements	or	☐ Organizational Policies
5.	☐	Professional Status	or	☐ Task Requirements
6.	☐	Pay	or	☐ Autonomy
7.	☐	Professional Status	or	☐ Interaction
8.	☐	Professional Status	or	☐ Autonomy
9.	☐	Interaction	or	☐ Task Requirements
10.	☐	Interaction	or	☐ Pay
11.	☐	Autonomy	or	☐ Task Requirements
12.	☐	Organizational Policies	or	☐ Autonomy
13.	☐	Pay	or	☐ Professional Status
14.	☐	Interaction	or	☐ Autonomy
15.	☐	Organizational Policies	or	☐ Pay

Part B (Attitude Questionnaire)

The following items represent statements about how satisfied you are with your current nursing job. Please respond to each item. It may be very difficult to fit your responses into the seven categories; in that case, select the category that *comes closest* to your response to the statement. It is very important that you

give your *honest* opinion. Please do not go back and change any of your answers.

Instructions: Please circle the number that most closely indicates how you feel about each statement. The *left* set of numbers indicates degrees of *agreement*. The *right* set of numbers indicates degrees of *disagreement*. For example, if you strongly agree with the first item, circle 1; if you agree with this item, circle 2; if you moderately agree with the first statement, circle 3. The middle response (4) is reserved for feeling neutral or undecided. Please use it as little as possible. If you moderately disagree with this first item, you should circle 5; to disagree, circle 6; and to strongly disagree, circle 7.

Remember: The more strongly you feel about the statement, the further from the center you should circle, with agreement to the left and disagreement to the right. Use 4 for neutral or undecided if needed, but please try to use this number as little as possible.

	Agree						Disagree
1. My present salary is satisfactory.	1	2	3	4	5	6	7
2. Nursing is not widely recognized as being an important profession.	1	2	3	4	5	6	7
3. The nursing personnel on my service pitch in and help one another out when things get in a rush.	1	2	3	4	5	6	7
4. There is too much clerical and "paperwork" required of nursing personnel in this hospital.	1	2	3	4	5	6	7
5. The nursing staff has sufficient control over scheduling their own shifts in my hospital.	1	2	3	4	5	6	7
6. Physicians in general cooperate with nursing staff on my unit.	1	2	3	4	5	6	7
7. I feel that I am supervised more closely than is necessary.	1	2	3	4	5	6	7
8. It is my impression that a lot of nursing personnel at this hospital are dissatisfied with their pay.	1	2	3	4	5	6	7
9. Most people appreciate the importance of nursing care to hospital patients.	1	2	3	4	5	6	7
10. It is hard for new nurses to feel 'at home' in my unit.	1	2	3	4	5	6	7
11. There is no doubt whatever in my mind that what I do on my job is really important.	1	2	3	4	5	6	7
12. There is a great gap between the administration of this hospital and the daily problems of the nursing service.	1	2	3	4	5	6	7
13. I feel I have sufficient input into the program of care for each of my patients.	1	2	3	4	5	6	7
14. Considering what is expected of nursing service personnel at this hospital, the pay we get is reasonable.	1	2	3	4	5	6	7
15. I think I could do a better job if I did not have so much to do all the time.	1	2	3	4	5	6	7
16. There is a good deal of teamwork and cooperation between various levels of nursing personnel on my service.	1	2	3	4	5	6	7
17. I have too much responsibility and not enough authority.	1	2	3	4	5	6	7

	Agree						Disagree
18. There are not enough opportunities for advancement of nursing personnel at this hospital.	1	2	3	4	5	6	7
19. There is a lot of teamwork between nurses and doctors on my own unit.	1	2	3	4	5	6	7
20. On my service, my supervisors make all the decisions. I have little direct control over my own work.	1	2	3	4	5	6	7
21. The present rate of increase in pay for nursing service personnel at this hospital is not satisfactory.	1	2	3	4	5	6	7
22. I am satisfied with the types of activities that I do on my job.	1	2	3	4	5	6	7
23. The nursing personnel on my service are not as friendly and outgoing as I would like.	1	2	3	4	5	6	7
24. I have plenty of time and opportunity to discuss patient care problems with other nursing service personnel.	1	2	3	4	5	6	7
25. There is ample opportunity for nursing staff to participate in the administrative decision-making process.	1	2	3	4	5	6	7
26. A great deal of independence is permitted, if not required, of me.	1	2	3	4	5	6	7
27. What I do on my job does not add up to anything really significant.	1	2	3	4	5	6	7
28. There is a lot of "rank consciousness" on my unit: nurses seldom mingle with those with less experience or different types of educational preparation.	1	2	3	4	5	6	7
29. I have sufficient time for direct patient care.	1	2	3	4	5	6	7
30. I am sometimes frustrated because all of my activities seem programmed for me.	1	2	3	4	5	6	7
31. I am sometimes required to do things on my job that are against my better professional nursing judgment.	1	2	3	4	5	6	7
32. From what I hear about nursing service personnel at other hospitals, we at this hospital are being fairly paid.	1	2	3	4	5	6	7
33. Administrative decisions at this hospital interfere too much with patient care.	1	2	3	4	5	6	7

	Agree						Disagree
34. It makes me proud to talk to other people about what I do on my job.	1	2	3	4	5	6	7
35. I wish the physicians here would show more respect for the skill and knowledge of the nursing staff.	1	2	3	4	5	6	7
36. I could deliver much better care if I had more time with each patient.	1	2	3	4	5	6	7
37. Physicians at this hospital generally understand and appreciate what the nursing staff does.	1	2	3	4	5	6	7
38. If I had the decision to make all over again, I would still go into nursing.	1	2	3	4	5	6	7
39. The physicians at this hospital look down too much on the nursing staff.	1	2	3	4	5	6	7
40. I have all the voice in planning policies and procedures for this hospital and my unit that I want	1	2	3	4	5	6	7
41. My particular job really doesn't require much skill or "know-how".	1	2	3	4	5	6	7
42. The nursing administrators generally consult with the staff on daily problems and procedures.	1	2	3	4	5	6	7
43. I have the freedom in my work to make important decisions as I see fit, and can count on my supervisors to back me up.	1	2	3	4	5	6	7
44. An upgrading of pay schedules for nursing personnel is needed at this hospital.	1	2	3	4	5	6	7

UNIVERSITY OF MASSACHUSETTS
AMHERST

Arnold House
Box 30430
Amherst, MA 01003-0430
(413) 545-1312
FAX: (413) 545-6536

School of Public Healt
and Health Sciences

Department of
Community Health Stu

ANEXO 2

March 9, 1998

Margarete Marques Lino
Avenida Angelica, 2.601 ap. 74
Higienopolis
Sao Paulo SP
Brasil CEP 10227-200

Dear Ms. Lino:

Here is the letter I promised you in e-mail. I am sure I could probably send this whole letter and the rest of the information via e-mail, but I am not at that technological level.

I do appreciate receiving your request for more information about and permission to use the Index of Work Satisfaction (IWS) in your dissertation research. As I mentioned to you in my e-mail, the second edition of my book, Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement, 2nd. edition, is now available. The book provides information about the way in which the IWS was developed, as well as the statistical description of the structure of the scale. Also included in this volume are results from over 80 studies which have used the IWS, as well as several investigators writing about their experience with this tool. The book may be ordered from Health Administration Press (US$44.) by mail, telephone or fax:

The Foundation of the American College of Healthcare Executives
1951 Cornell Center
Melrose Park, IL 60160-1001
Phone: (708) 450-9952
Fax: (708) 450-1618

The IWS questionnaire contained in the 1986 book you are looking at has been slightly modified in the new edition of this book. All researchers are encouraged to use this new, revised edition. The IWS questionnaire is a copyrighted measurement tool, with the copyright held by myself and Market Street Research, Inc., a full-service marketing research and evaluation firm located in Northampton, Massachusetts. If you wish to use the IWS questionnaire, a fee of $12.50 (US) payable to Market Street Research covers permission to use the questionnaire, a print-ready hard copy formatted for use in your study, and an IBM-compatible floppy diskette which you can use in the event you wish to add questions of interest to your particular research topic.

The University of Massachusetts is an Affirmative Action/Equal Opportunity Institution

You do not need the book to use the questionnaire itself: you should check with your library, as they have probably ordered the book for their collection. If you or your advisors have not used the IWS before, you will need the directions for scoring the IWS. These are available from MSR for $26.00 (US). I am sending you the complete list of services available from MSR, although I know that these are not relevant to your particular study. This list does include an order blank for the questionnaire and the scoring manual. If you have any questions about any of these services, please feel free to call either myself or Market Street Research.

I would very much appreciate hearing about your results, as I am keeping a file of the types of research for which people are using the IWS. I am very interested in your experiences in translating the scale and also whether you feel the IWS is appropriate to the nursing culture of Brasil. There are several other international uses of the IWS. It has been translated into Japanese and someone is working now on translating it into Chinese. During the development stage of the IWS, a graduate student and I worked on a translation for nurses in Puerto Rico. Anyway, I would really like for you to keep me posted on your progress. You may write or e-mail me. Good luck in your research!

Sincerely,

Paula Stamps

Paula Stamps, Ph.D.
University of Massachusetts
Phone: (413)545-6880
Fax: (413) 545-6536
Email: chrdus@sover.net.com

Invoice # 1088

DATE: May 21, 1998

TO: Margarete Marques Lino, CCRN
Avenida Angélica, 2.601 ap. 74
Higienópolis, São Paulo, SP
Brasil
CEP 01227-200

FROM: Market Street Research, Inc.

RE: Index of Work Satisfaction

This invoice is for permission to use the Index of Work Satisfaction Questionnaire. Printed and IBM-compatible versions of the questionnaire are included with this invoice as well as the cost of the Scoring Manual.

Amount due:		$63.50
Amount received:		**$63.50**
Balance:		**+01.50**

Please find the overpayment funds enclosed

ANEXO 3

Índice de Satisfação Profissional - Versão Provisória

Parte A (Comparações Pareadas)

Neste folha estão listados e brevemente definidos seis termos ou fatores que estão envolvidos em como as pessoas se sentem acerca de sua situação de trabalho. Cada fator tem algo a ver com "satisfação profissional". Nós estamos interessados em determinar qual desses fatores é o mais importante para você em relação aos demais.

Por favor, leia cuidadosamente as definições de cada fator, dadas abaixo:

- **Remuneração** - pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado
- **Autonomia** - quantidade de independência, iniciativa, e liberdade relacionadas ao trabalho, tanto permitidas quanto necessárias, nas atividades diárias de trabalho
- **Requisitos do trabalho** - tarefas ou atividades que devem ser feitas como uma parte regular do trabalho
- **Normas Organizacionais** - políticas de administração e procedimentos propostos pela administração do hospital e serviço de enfermagem
- **Interação** - oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante horas de trabalho
- **Status profissional** - importância ou significância percebidos sobre seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros

Escore. Esses fatores são apresentados em pares neste questionário. Apenas 15 pares estão apresentados: esse é todo o conjunto de combinações. Nenhum par está repetido ou invertido. Para cada par de termos, decida qual é o *mais importante* para sua satisfação profissional ou estado de espírito. Por favor, indique sua escolha, checando na linha relativa a ele. Nós compreendemos que será difícil fazer escolhas em alguns casos. No entanto, por favor, tente selecionar o fator que é mais importante para você. Por favor,

faça um esforço para responder todos os itens; não volte atrás para mudar qualquer uma de suas respostas.

Parte B (Questionário de Atitudes)

Os itens seguintes representam afirmações sobre como você está satisfeita com seu trabalho atual de enfermagem. Por favor, responda a cada item. Pode ser difícil adequar suas respostas em 7 categoria; nesse caso, selecione a categoria que *mais se aproxima* de sua resposta ao enunciado. É muito importante que você dê sua opinião *honesta*. Por favor, não volte atrás e mude qualquer uma das suas respostas.

Instruções para escore. Por favor, circule o número que mais indica como você se sente sobre cada afirmação. O conjunto de números da *esquerda* indica graus de *concordância*. Se você concorda intensamente com a primeira afirmação, circule 1; se você concorda com ela, circule 2; se você concorda moderadamente (mais ou menos), circule 3. O conjunto de números da *direita* indica graus de *discordância*. Se você discorda intensamente com a primeira afirmação, circule 7; se você discorda, circule 6; se você discorda moderadamente (mais ou menos), circule 5. O número *central* (4) significa "indeciso". Por favor, utilize-o o mínimo possível.

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita.

1. Meu salário atual é satisfatório
2. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante
3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se lança e se ajudam uns aos outros quando "as coisas estão corridas"
4. Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático

5. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle o bastante sobre a programação de sua escala de folgas
6. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem
7. Eu sinto que sou mais supervisionada mais rigorosamente do que é necessário
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem nesse hospital está insatisfeita com seu salário
9. A maioria das pessoas reconhece a importancia da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados
10. É difícil para as enfermeiras novas familiarizarem-se em minha unidade
11. Em minha mente não há quaisquer dúvidas que o quê eu faço em meu trabalho é realmente importante
12. Existe uma grande distancia entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes
14. Neste hospital, considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, o salário que recebemos é razoável
15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o quê fazer, o tempo todo
16. Em meu serviço, há muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem
17. Eu tenho muitas responsabilidades e autoridade insuficiente
18. Neste hospital, não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem
19. Em minha unidade há muito trabalho em equipe entre enfermeiras e médicos
20. Em meu serviço, meus supervisores tomam todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho

21. Neste hospital, a atual taxa de aumento salarial do pessoal do serviço de enfermagem não é satisfatória
22. Eu estou satisfeita com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho
23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria
24. Eu tenho tempo de sobra e oportunidade para discutir problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem
25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem participar do processo administrativo de tomada de decisões
26. Uma grande dose de independência é permitida, quando não requerida, de mim
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não me acrescenta nada significativo
28. Em minha unidade há muita "distinção": as enfermeiras raramente "misturam-se" com aqueles com menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional
29. Eu tenho tempo suficiente para assistência direta ao paciente
30. Algumas vezes sinto-me frustrada porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu bom senso profissional
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente
34. Eu me orgulho em falar para outras pessoas sobre o quê eu faço no meu trabalho
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem
36. Eu poderia prestar melhor assistência se eu tivesse mais tempo com cada paciente

37. Os médicos deste hospital compreendem e apreciam o quê a equipe de enfermagem faz
38. Se eu tivesse o poder de fazer tudo outra vez, ainda assim eu entraria na enfermagem
39. Os médicos desse hospital menosprezam demais a equipe de enfermagem
40. Eu tenho todo o poder que eu quero no planejamento de políticas e procedimentos deste hospital e de minha unidade
41. Meu trabalho, em particular, não requer muita habilidade ou conhecimento
42. Os gerentes de enfermagem geralmente consultam a equipe nos problemas diários e procedimentos
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, se considero apropriado, e conto com meus supervisores para me apoiar
44. Neste hospital, é necessária uma atualização de salários para o pessoal de enfermagem

ANEXO 4

Equivalence Evaluation

Dear _____

I ask your worthy collaboration on evaluating the equivalence of brazilian version of the "Index of Work Satisfaction — IWS". The translation of the IWS to Portuguese was one of the steps of the adaptation process of that instrument to our brazilian culture, subject of my study at the College of Nursing, University of Sao Paulo. Some independent translations and back-translation to English were made. The proceeding of evaluating the equivalence between the original instrument and the back-translated version is necessary to achieve the most accurate version.

To evaluate the equivalence between the versions, I ask you to follow the orientations:

There is a set of statements called **A** (original instrument) and **B** (back-translated version). Check the appropriate box correspondent to your evaluation, accoding to scales below, where **idiomatic equivalence** represents the equivalence between the meaning of the words and the use of equivalent idiomatic expressions; where **cultural equivalence** represents that the evocated or depicted situations are equivalents; and where **conceptual equivalence** represents correspondence between the statements, i.e., they have the same conceptual meaning.

Equivalence Scale
1 - not equivalents
2 - quite equivalents
3 - equivalents

There is a space below each item dedicated to possible observations that you may consider relevants.

Thanks for your worthy collaboration, interest, attention and time dedicated.

Sincerely,

Margarete Marques Lino

I. **A.** *Pay* - dollar remuneration and fringe benefits received for work done.
B. *Compensation* - payment in cash or additional benefits received for the job performed.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. **A.** *Autonomy* - amount of job related independence, initiative, and freedom, either permitted or required in daily work activities.
B. *Autonomy* - the amount of independence, initiative and freedom related to the job, both authorized and necessary, involved in daily tasks.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. **A.** *Task Requirements* - tasks or activities that must be done as a regular part of the job.
B. *Job requirements* - tasks or activities to be performed on a regular basis as part of the job.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IV. **A.** *Organizational Policies* - management policies and procedures put forward by the hospital and nursing administration of this hospital.
B. *Organizational policies* - management policies and procedures proposed by the hospital administration and nursing service.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. **A.** *Interaction* - opportunities presented for both formal and informal social and professional contact during working hours.
B. *Interaction* - social and professional contact opportunities, formal and informal, during working hours.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI. **A.** *Professional Status* - overall importance or significance felt about your job, both in your view and in the view of others.

B. *Professional status* - importance or significance attributed to your job, according to your and other's viewpoints.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1. **A.** My present salary is satisfactory.

B. My current salary is satisfactory.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. **A.** Nursing is not widely recognized as being an important profession.

B. Nursing is not widely acknowledged as an important profession.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. **A.** The nursing personnel on my service pitch in and help one another out when things get in a rush.

B. In my job, nurses are engaged and help each other when "they're having a tight schedule".

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. **A.** There is too much clerical and "paperwork" required of nursing personnel in this hospital.

B. In this hospital, nurses have a lot of administrative and bureaucratic work.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. **A.** The nursing staff has sufficient control over scheduling their own shifts in my hospital.

B. In my hospital, the nursing team has enough control to program its day-off schedule.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. **A.** Physicians in general cooperate with nursing staff on my unit.
B. In my unit, doctors usually cooperate with the nursing team.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. **A.** I feel that I am supervised more closely than is necessary.
B. I feel I am more supervised more strictly than necessary.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. **A.** It is my impression that a lot of nursing personnel at this hospital are dissatisfied with their pay.
B. I have the feeling that most of the nurses in this hospital are unhappy about their salaries.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. **A.** Most people appreciate the importance of nursing care to hospital patients.
B. Most of the people recognize the importance of nursing assistance to hospitalized patients.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. **A.** It is hard for new nurses to feel 'at home' in my unit.
B. New nurses have a hard time getting used to my unit.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. **A.** There is no doubt whatever in my mind that what I do on my job is really important.
B. In my mind, there is no doubt that what I do in my job is really important.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. **A.** There is a great gap between the administration of this hospital and the daily problems of the nursing service.
B. There is a great gap between the administration of this hospital and the daily problems faced by nursing services.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. **A.** I feel I have sufficient input into the program of care for each of my patients.
B. I feel I participate enough in the assistance planning of each one of my patients.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. **A.** Considering what is expected of nursing service personnel at this hospital, the pay we get is reasonable.
B. In this hospital, if you consider what is expected of the nursing personnel, our salaries are reasonable.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. **A.** I think I could do a better job if I did not have so much to do all the time.
B. I think I could do a better job if I didn't have so much to do all the time.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16, **A.** There is a good deal of teamwork and cooperation between various levels of nursing personnel on my service.
B. In my job, there is a lot of team work and cooperation among several nursing levels.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. **A.** I have too much responsibility and not enough authority.
B. I have many responsibilities and not enough authority.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. **A.** There are not enough opportunities for advancement of nursing personnel at this hospital.
B. In this hospital, there are not enough promotion opportunities for the nursing staff.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. **A.** There is a lot of teamwork between nurses and doctors on my own unit.
B. In my unit there is a lot of team work among nurses and doctors.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. **A.** On my service, my supervisors make all the decisions. I have little direct control over my own work.
B. In my job, my supervisors are in charge of all decisions. I have very little direct control on my own job.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. **A.** The present rate of increase in pay for nursing service personnel at this hospital is not satisfactory.
B. In this hospital, the current rate of salary increase of the nursing personnel is not satisfactory.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. **A.** I am satisfied with the types of activities that I do on my job.
B. I am satisfied with the types of activities I do in my job.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. **A.** The nursing personnel on my service are not as friendly and outgoing as I would like.
B. In my job, nurses are not so friendly and outgoing as I would like them to be.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. **A.** I have plenty of time and opportunity to discuss patient care problems with other nursing service personnel.
B. I have plenty of time and opportunities to talk about patient assistance problems with other members of the nursing team.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. **A.** There is ample opportunity for nursing staff to participate in the administrative decision-making process.
B. The nursing team has a lot of opportunities to take part in the decision-making management process.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. **A.** A great deal of independence is permitted, if not required, of me.
B. A high dose of independence is allowed, if not required, from me.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. **A.** What I do on my job does not add up to anything really significant.
B. In fact, what I do in my job is not particularly meaningful to me.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. **A.** There is a lot of "rank consciousness" on my unit: nurses seldom mingle with those with less experience or different types of educational preparation.
B. There is a lot of "distinction" in my unit. Nurses rarely "mix" with the less experienced or with those from different educational backgrounds.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. **A.** I have sufficient time for direct patient care.
B. I have enough time to assist the patient directly.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. **A.** I am sometimes frustrated because all of my activities seem programmed for me.
B. Sometimes I feel frustrated because all my activities seem to be programmed to me.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. **A.** I am sometimes required to do things on my job that are against my better professional nursing judgment.
B. In my job, sometimes I have to do things that go against my good professional sense.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. **A.** From what I hear about nursing service personnel at other hospitals, we at this hospital are being fairly paid.
B. From what I've heard from nurses from other hospitals, in this hospital our compensation is fair.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. **A.** Administrative decisions at this hospital interfere too much with patient care.
B. In this hospital, administrative decisions have a strong impact on patient's management.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. **A.** It makes me proud to talk to other people about what I do on my job.
B. I am proud when I tell other people what I do in my job.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

35. **A.** I wish the physicians here would show more respect for the skill and knowledge of the nursing staff.
B. I wish the doctors who work here showed more respect for the nursing team's skills and knowledge.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. **A.** I could deliver much better care if I had more time with each patient.
B. I could provide better assistance if I could spend more time with each patient.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

37. **A.** Physicians at this hospital generally understand and appreciate what the nursing staff does.
B. The doctors in this hospital understand and appreciate what the nursing team does.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. **A.** If I had the decision to make all over again, I would still go into nursing.
B. If I had the power to start it all over again, I would still be a nurse.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

39. **A.** The physicians at this hospital look down too much on the nursing staff.
B. The doctors from this hospital undermine the nursing staff too much.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

40. **A.** I have all the voice in planning policies and procedures for this hospital and my unit that I want
B. This hospital and my unit grant me all the power I need to plan policies and procedures.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

41. **A.** My particular job really doesn't require much skill or "know-how".
B. My job, in particular, does not require many skills or knowledge.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

42. **A.** The nursing administrators generally consult with the staff on daily problems and procedures.

B. Nursing managers tend to ask advice from the team on daily problems and procedures.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

43. **A.** I have the freedom in my work to make important decisions as I see fit, and can count on my supervisors to back me up.

B. In my job, I have the freedom to make important decisions, if I consider them appropriate, and I can count on my supervisors' support.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

44. **A.** An upgrading of pay schedules for nursing personnel is needed at this hospital.

B. This hospital requires a salary update for its nursing staff.

Idiomatic			Cultural			Conceptual		
1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 5

Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática

Prezada _____

Como já é do seu conhecimento, sou aluna do Programa de Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível Mestrado. O objeto da minha pesquisa é o estudo da satisfação profissional entre enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. Para tal, tenho trabalhado com a adaptação transcultural de um instrumento de medida — o Index of Work Satisfaction — para a cultura de enfermeiras brasileiras de UTIs. Esse instrumento foi originariamente desenvolvido para uso de enfermeiras norte-americanas, na Universidade de Massachusetts. Seu uso em nossa cultura exige o uso de uma abordagem metodológica sistematizada, que incorpora um conjunto de processos que visam o alcance de equivalência cultural entre a versão original e a versão traduzida. Com esses objetivos, venho solicitar sua valiosa colaboração e seus conhecimentos da língua inglesa, para avaliar a equivalência da versão brasileira do Index of Work Satisfaction — IWS. A tradução do IWS foi uma das etapas do processo de adaptação desse instrumento para nossa cultura e, como foram realizadas traduções independentes, o procedimento de avaliação da equivalência é necessário para que se possa atingir o máximo em acurácia.

Para a avaliação, peço que siga as seguintes orientações:

Indique o grau de equivalência entre as definições e afirmações originais (**A**) e as traduzidas (**B**), marcando com um X no campo correspondente à sua avaliação de equivalência, conforme escala baixo, onde **semântica** representa a equivalência no significado das palavras; e **idiomática** representa o uso de expressões idiomáticas equivalentes.

Escala de equivalência
1 - não equivalentes
2 - pouco equivalentes
3 - equivalentes

Existe um espaço, abaixo de cada item para avaliação, destinado a possíveis observações que considere relevantes.

Exemplo de preenchimento: se o item de avaliação atender totalmente à definição de equivalência semântica, marcar a coluna 3 e se não atender à definição de equivalência idiomática, marcar a coluna 1.

Exemplo de observações: o *termo "rules" pode ser melhor traduzido por "regras".*

Contando mais uma vez com sua valiosa colaboração, agradeço pelo empenho, atenção e tempo já dispensados e coloco-me a sua disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas ou comentários.

Sinceramente,

Margarete Marques Lino

Avaliação da equivalência entre o IWS original e a versão traduzida

Itens para avaliação	Escala de Equivalência					
	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3
I. **A. Pay** - dollar remuneration and fringe benefits received for work done **B. Remuneração** - pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado						
II. **A. Autonomy** - amount of job related independence, initiative, and freedom, either permitted or required in daily work activities **B. Autonomia** - quantidade de independência, iniciativa, e liberdade relacionadas ao trabalho, tanto permitidas quanto necessárias, nas atividades diárias de trabalho						
III. **A. Task requirements** - tasks or activities that must be done as a regular part of the job **B. Requisitos do trabalho** - tarefas ou atividades que devem ser feitas como uma parte regular do trabalho						
IV. **A. Organizational policies** - management policies and procedures put forward by the hospital and nursing administration of this hospital **B. Políticas Organizacionais** - políticas de administração e procedimentos propostos pela administração do hospital e serviço de enfermagem						
V. **A. Interaction** - opportunities presented for both formal and informal social and professional contact during working hours **B. Interação** - oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante horas de trabalho						
VI. **A. Professional status** - overall importance or significance felt about your job, both in your view and in the view of others **B. Status profissional** - importância ou significância percebidos sobre seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros						

1. **A.** My present salary is satisfactory.
B. Meu salário atual é satisfatório

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

2. **A.** Nursing is not widely recognized as being an important profession.
B. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

3. **A.** The nursing personnel on my service pitch in and help one another out when things get in a rush.
B. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se lança e se ajudam uns aos outros quando "as coisas estão corridas"

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

4. **A.** There is too much clerical and "paperwork" required of nursing personnel in this hospital.
B. Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

5. **A.** The nursing staff has sufficient control over scheduling their own shifts in my hospital.
B. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle o bastante sobre a programação de sua escala de folgas

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

6. **A.** Physicians in general cooperate with nursing staff on my unit.
B. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

7. **A.** I feel that I am supervised more closely than is necessary.
B. Eu sinto que sou mais supervisionada mais rigorosamente do que é necessário

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

8. **A.** It is my impression that a lot of nursing personnel at this hospital are dissatisfied with their pay.
B. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem nesse hospital está insatisfeita com seu salário

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

9. **A.** Most people appreciate the importance of nursing care to hospital patients.
B. A maioria das pessoas reconhece a importancia da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

10. **A.** It is hard for new nurses to feel 'at home' in my unit.
B. É difícil para as enfermeiras novas familiarizarem-se em minha unidade

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

11. **A.** There is no doubt whatever in my mind that what I do on my job is really important.
B. Em minha mente não há quaisquer dúvidas que o quê eu faço em meu trabalho é realmente importante

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

12. **A.** There is a great gap between the administration of this hospital and the daily problems of the nursing service.
B. Existe uma grande distancia entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

13. **A.** I feel I have sufficient input into the program of care for each of my patients.
B. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

14. **A.** Considering what is expected of nursing service personnel at this hospital, the pay we get is reasonable.
B. Neste hospital, considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, o salário que recebemos é razoável

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

15. **A.** I think I could do a better job if I did not have so much to do all the time.
B. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o quê fazer, o tempo todo

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

16. **A.** There is a good deal of teamwork and cooperation between various levels of nursing personnel on my service.
B. Em meu serviço, há muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

17. **A.** I have too much responsibility and not enough authority.
B. Eu tenho muitas responsabilidades e autoridade insuficiente

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

18. **A.** There are not enough opportunities for advancement of nursing personnel at this hospital.
B. Neste hospital, não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

19. **A.** There is a lot of teamwork between nurses and doctors on my own unit.
B. Em minha unidade há muito trabalho em equipe entre enfermeiras e médicos

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

20. **A.** On my service, my supervisors make all the decisions. I have little direct control over my own work.
B. Em meu serviço, meus supervisores tomam todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

21. **A.** The present rate of increase in pay for nursing service personnel at this hospital is not satisfactory.
B. Neste hospital, a atual taxa de aumento salarial do pessoal do serviço de enfermagem não é satisfatória

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

22. **A.** I am satisfied with the types of activities that I do on my job.
B. Eu estou satisfeita com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

23. **A.** The nursing personnel on my service are not as friendly and outgoing as I would like.
B. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

24. **A.** I have plenty of time and opportunity to discuss patient care problems with other nursing service personnel.
B. Eu tenho tempo de sobra e oportunidade para discutir problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

25. **A.** There is ample opportunity for nursing staff to participate in the administrative decision-making process.
B. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem participar do processo administrativo de tomada de decisões

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

26. **A.** A great deal of independence is permitted, if not required, of me.
B. Uma grande dose de independência é permitida, quando não requerida, de mim

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

27. **A.** What I do on my job does not add up to anything really significant.
B. O que eu faço em meu trabalho realmente não me acrescenta nada significativo

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

28. **A.** There is a lot of "rank consciousness" on my unit: nurses seldom mingle with those with less experience or different types of educational preparation.
B. Em minha unidade há muita "distinção": as enfermeiras raramente "misturam-se" com aqueles com menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

29. **A.** I have sufficient time for direct patient care.
B. Eu tenho tempo suficiente para assistência direta ao paciente

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

30. **A.** I am sometimes frustrated because all of my activities seem programmed for me.
B. Algumas vezes sinto-me frustrada porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

31. **A.** I am sometimes required to do things on my job that are against my better professional nursing judgment.
B. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu bom senso profissional

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

32. **A.** From what I hear about nursing service personnel at other hospitals, we at this hospital are being fairly paid.
B. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

33. **A.** Administrative decisions at this hospital interfere too much with patient care.
B. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

34. **A.** It makes me proud to talk to other people about what I do on my job.
B. Eu me orgulho em falar para outras pessoas sobre o quê eu faço no meu trabalho

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

35. **A.** I wish the physicians here would show more respect for the skill and knowledge of the nursing staff.
B. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

36. **A.** I could deliver much better care if I had more time with each patient.
B. Eu poderia prestar melhor assistência se eu tivesse mais tempo com cada paciente

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

37. **A.** Physicians at this hospital generally understand and appreciate what the nursing staff does.
B. Os médicos deste hospital compreendem e apreciam o quê a equipe de enfermagem faz

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

38. **A.** If I had the decision to make all over again, I would still go into nursing.
B. Se eu tivesse o poder de fazer tudo outra vez, ainda assim eu entraria na enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

39. **A.** The physicians at this hospital look down too much on the nursing staff.
B. Os médicos desse hospital menosprezam demais a equipe de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

40. **A.** I have all the voice in planning policies and procedures for this hospital and my unit that I want
B. Eu tenho todo o poder que eu quero no planejamento de políticas e procedimentos deste hospital e de minha unidade

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

41. **A.** My particular job really doesn't require much skill or "know-how".
B. Meu trabalho, em particular, não requer muita habilidade ou conhecimento

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

42. **A.** The nursing administrators generally consult with the staff on daily problems and procedures.
B. Os gerentes de enfermagem geralmente consultam a equipe nos problemas diários e procedimentos

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

43. **A.** I have the freedom in my work to make important decisions as I see fit, and can count on my supervisors to back me up.
B. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, se considero apropriado, e conto com meus supervisores para me apoiar

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

44. **A.** An upgrading of pay schedules for nursing personnel is needed at this hospital.
B. Neste hospital, é necessária uma atualização de salários para o pessoal de enfermagem

	Semântica			Idiomática		
	1	2	3	1	2	3

ANEXO 6

Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual

Prezada _____,

Venho solicitar sua valiosa colaboração para avaliar a equivalência da versão brasileira do Index of Work Satisfaction — IWS. Esse instrumento foi criado e desenvolvido pela Dra. Paula L. Stamps, da Universidade de Massachusetts, e se propõe a medir o nível de satisfação de enfermeiras, em relação ao seu trabalho. O processo de adaptação desse instrumento para nossa cultura de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva, objeto do meu estudo, requer várias etapas. Uma dessas etapas é o processo de avaliação da equivalência. Esse procedimento é necessário para que se possa atingir o máximo em acurácia.

Para a avaliação, peço que siga as seguintes orientações:

Existem seis conjuntos de afirmações. Cada um deles inicia-se com a denominação e definição do conceito que as afirmações se propõem a medir. Indique o grau de equivalência das afirmações, marcando (✓) no campo correspondente à sua avaliação de equivalência, conforme escala baixo, onde **cultural** significa que as situações evocadas ou retratadas na versão original são coerentes e correspondentes à prática de enfermagem em UTIs; e **conceitual** representa a qualidade de correspondência da afirmação em relação ao conceito que se propõe a medir.

Escala de equivalência
1 - não equivalentes
2 - pouco equivalentes
3 - equivalentes

Existe um espaço, abaixo de cada item para avaliação, destinado a possíveis observações que considere relevantes.

Exemplo de preenchimento: se o item de avaliação atender totalmente à definição de equivalência conceitual, marcar a coluna 3 e se não atender à definição de equivalência cultural, marcar a coluna 1.

Exemplo de observações: o *termo "dor" pode ser substituído por "sofrimento"*.

Tenho ciência que a Sra. é uma pessoa muito ocupada e que a tarefa que solicito vai demandar seu valioso tempo. Porém, sua experiência pessoal e qualificação profissional são fundamentais para o meu estudo. Peço, por favor, que retorne esse instrumento o mais breve possível.

Contando mais uma vez com sua valiosa colaboração, desde já agradeço seu empenho, atenção e tempo já dispensados e coloco-me a sua disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas ou comentários.

Sinceramente,

Margarete Marques Lino

Conceito: Status profissional - importância ou significância percebidos sobre seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros

Itens para avaliação	Escala de Equivalência	
	Cultural	Conceitual
	1 2 3	1 2 3
2. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	☐☐☐	☐☐☐
9. A maioria das pessoas reconhece a importancia da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados	☐☐☐	☐☐☐
11. Em minha mente não há quaisquer dúvidas que o quê eu faço em meu trabalho é realmente importante	☐☐☐	☐☐☐
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não me acrescenta nada significativo	☐☐☐	☐☐☐
34. Eu me orgulho em falar para outras pessoas sobre o quê eu faço em meu trabalho	☐☐☐	☐☐☐
38. Se eu tivesse o poder de fazer tudo outra vez, ainda assim eu entraria na enfermagem	☐☐☐	☐☐☐
41. Meu trabalho, em particular, não requer muita habilidade ou conhecimento	☐☐☐	☐☐☐

Conceito: Requisitos do trabalho - tarefas ou atividades que devem ser feitas como uma parte regular do trabalho

Itens para avaliação	Escala de Equivalência	
	Cultural	Conceitual
	1 2 3	1 2 3

4. Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

15. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o quê fazer, o tempo todo

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

22. Eu estou satisfeita com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho.

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

24. Eu tenho tempo de sobra e oportunidade para discutir problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

29. Eu tenho tempo suficiente para assistência direta ao paciente

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se eu tivesse mais tempo com cada paciente

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

Conceito: Autonomia - quantidade de independência, iniciativa, e liberdade relacionadas ao trabalho, tanto permitidas quanto necessárias, nas atividades diárias de trabalho

Itens para avaliação	Escala de Equivalência	
	Cultural	Conceitual
	1 2 3	1 2 3

7. Eu sinto que sou supervisionada mais rigorosamente do que é necessário

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

17. Eu tenho muitas responsabilidades e autoridade insuficiente

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

20. Em meu serviço, meus supervisores tomam todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

26. A mim, quando não é exigida, é permitida uma grande dose de independência.

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

30. Algumas vezes sinto-me frustrada porque todas as minhas atividades parecem ser programadas para mim

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer coisas que vão contra meu bom senso profissional

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, se considero apropriado, e conto com meus supervisores para me apoiar

	Cultural			Conceitual		
	1	2	3	1	2	3

Conceito: Interação - oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante horas de trabalho

Itens para avaliação	Escala de Equivalência	
	Cultural	Conceitual
	1 2 3	1 2 3

3. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se lança e se ajudam uns aos outros quando "as coisas estão corridas"

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

6. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

10. Em minha unidade, é difícil para as enfermeiras novas familiarizarem-se.

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

16. Em meu serviço, há muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

19. Em minha unidade há muito trabalho em equipe entre enfermeiras e médicos

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

23. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

28. Em minha unidade há muita "distinção": as enfermeiras raramente "misturam-se" com aqueles com menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional

_____ ☐☐☐ ☐☐☐

35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem

	Cultural			Conceitual		
	1	2	3	1	2	3

37. Os médicos deste hospital em geral compreendem e apreciam o quê a equipe de enfermagem faz

	Cultural			Conceitual		
	1	2	3	1	2	3

39. Os médicos desse hospital menosprezam demais a equipe de enfermagem

	Cultural			Conceitual		
	1	2	3	1	2	3

Conceito: Políticas Organizacionais - políticas administrativas e procedimentos propostos pela administração do hospital e do serviço de enfermagem

Itens para avaliação	Escala de Equivalência	
	Cultural 1 2 3	Conceitual 1 2 3

5. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle o bastante sobre a programação de sua escala de folgas

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

12. Existe uma grande distancia entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

18. Neste hospital, não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

25. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem participar do processo administrativo de tomada de decisões

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

40. Eu tenho todo o poder que eu quero no planejamento de políticas e procedimentos deste hospital e de minha unidade

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

42. Os gerentes de enfermagem geralmente consultam a equipe quanto aos problemas diários e procedimentos.

_____ ☐☐☐ ☐☐☐
_____
_____

Conceito: Remuneração - pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado

Itens para avaliação	Escala de Equivalência	
	Cultural	Conceitual
	1 2 3	1 2 3
1. Meu salário atual é satisfatório.	☐☐☐	☐☐☐
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem nesse hospital está insatisfeita com seu salário	☐☐☐	☐☐☐
14. Neste hospital, considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, o salário que recebemos é razoável	☐☐☐	☐☐☐
21. Neste hospital, a atual taxa de aumento salarial do pessoal do serviço de enfermagem não é satisfatória	☐☐☐	☐☐☐
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa	☐☐☐	☐☐☐
44. Neste hospital, é necessária uma atualização de salários para o pessoal de enfermagem	☐☐☐	☐☐☐

Índice de Satisfação Profissional©

Prezada(o) Colega:

Como enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva, reconheço o quanto é difícil, para nós, utilizarmos nosso tempo em outras atividades que não sejam as exclusivas ao nosso trabalho. Por isso, peço apenas 20 minutos de sua atenção e de seu tempo.

Na tentativa de obter um conhecimento mais preciso sobre a situação da(o)s enfermeira(o)s que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva, estou desenvolvendo um estudo preliminar para investigar o nível de satisfação no trabalho de enfermeira(o)s de UTIs. Para tanto, estou adaptando para a nossa cultura o questionário elaborado pela Dra. Paula L. Stamps, da Universidade de Massachusetts - o Índice de Satisfação no Trabalho.

Se você concorda em participar desse estudo, por favor, leia atentamente as instruções e os itens; e preencha o questionário em anexo.

Desde já, esclareço que o anonimato será mantido. Por isso, peço que *não* coloque seu nome, nem assine o questionário. As informações prestadas são estritamente confidenciais. Uma vez preenchido o questionário, solicito que o mesmo seja colocado no respectivo envelope e lacrado com a etiqueta auto-adesiva que o acompanha. Retornarei para busca-lo no horário já combinado.

Sua participação é de suma importância para a continuidade desse trabalho.

Contando com sua valiosa colaboração, agradeço pelo empenho, atenção e tempo dispensados.

Sinceramente,

Margarete Marques Lino
Aluna do curso de Pós-Graduação da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

© Traduzido e Adaptado por Margarete Marques Lino

SATISFAÇÃO COM O TRABALHO EM UTI

Nesta página e na próxima encontram-se itens que fornecerão dados para uma melhor caracterização da(o)s enfermeira(o)s que trabalham em UTIs.
Por favor, leia atentamente e responda a *todos* os itens. Sua resposta é muito importante!

1. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino 2. Idade: _____anos

3. Estado conjugal:
☐ solteira(o) ☐ casada(o) ☐ separada(o) ☐ viúva(o)

4. Tem filhos? ☐ sim ☐ não (neste caso, vá para o item 6)

5. Quantos filhos tem:
☐ menores 1 ano
☐ ≥ 1 ano e < 5 anos
☐ ≥ 5 anos e < 10 anos
☐ ≥ 10 anos e < 15anos
☐ ≥ 15 anos e < 21 anos
☐ maiores 21 anos

6. Tempo de formada(o): _____anos _____meses

7.Formação:
☐ especialização ☐ completo ☐ incompleto área: _____
☐ mestrado ☐ completo ☐ incompleto área: _____
☐ doutorado ☐ completo ☐ incompleto área: _____
☐ outros especifique: _____

8. Há quanto tempo trabalha em UTI(s): _____anos _____meses

9. Tempo de trabalho na UTI atual: _____anos _____meses

10. Seu horário de trabalho é fixo? ☐ sim ☐ não

11. Horário de trabalho (atualmente): das _____ às _____hs.

12. Você trabalha em UTI porque:
☐ escolheu essa área de especialização
☐ não haviam vagas em outro setor
☐ foi remanejada(o) por necessidade do serviço
☐ outros _____

13. Você gosta de trabalhar em UTI? ☐ sim ☐ não

14. Você sente-se satisfeita(o) por trabalhar em UTI? ☐ sim ☐ não

15. Nesta UTI, você ocupa cargo de chefia ou gerência?
☐ não ☐ sim, meu cargo é _____

16. Pense bem sobre as atividades que você realiza nesta UTI e assinale a que você *predominantemente* faz, isto é, a que você faz em maior volume:

- ☐ cuidados diretos aos pacientes
- ☐ supervisão da equipe de enfermagem
- ☐ gerenciamento da UTI
- ☐ outros _____

17. Seu salário líquido mensal é R$_____

18. Benefícios que recebe: (incluindo os que são extensivos aos dependentes)

- ☐ convênio médico
- ☐ convênio com farmácias
- ☐ assistência odontológica
- ☐ auxílio-educação
- ☐ creche
- ☐ estacionamento
- ☐ assistência jurídica
- ☐ previdência privada
- ☐ financiamentos e empréstimos
- ☐ outros _____

Abaixo estão listados e brevemente definidos 6 termos ou fatores que estão envolvidos em como as pessoas se sentem acerca de sua situação de trabalho. Cada fator tem algo a ver com *satisfação profissional* ou *satisfação no trabalho*. Estou interessada em determinar qual desses fatores é o mais importante para você em relação aos demais.

Por favor, leia cuidadosamente as definições de cada fator, dadas abaixo:

- *Autonomia* - grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas atividades diárias de trabalho.
- *Interação* - oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho.
- *Status profissional* - importância ou significância percebidos acerca do seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
- *Requisitos do trabalho* - tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
- *Normas Organizacionais* - normas administrativas e procedimentos propostos pelo hospital e administração do serviço de enfermagem.
- *Remuneração* - pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Instruções: Esses fatores estão apresentados em pares, na próxima página. Um total de 15 pares são apresentados: esse é todo o conjunto de combinações. Nenhum par está repetido ou invertido. Para cada par de termos, decida qual é o *mais importante* para sua satisfação profissional, e cheque (✓ ou ✗) no espaço (☐) apropriado. Por exemplo, se você sente que Remuneração (como definida acima) é mais importante que Autonomia (como definida acima), cheque no campo de Remuneração.

Em alguns casos, poderá ser difícil para você fazer escolhas. No entanto, por favor, tente selecionar o fator que é mais importante para você. Por favor, faça um esforço para responder todos os itens: não volte atrás para mudar qualquer uma de suas respostas.

Por favor, de cada par, escolha o fator que é *mais importante* para você.

1.	☐	Status Profissional	ou	☐ Normas Organizacionais
2.	☐	Remuneração	ou	☐ Requisitos do Trabalho
3.	☐	Normas Organizacionais	ou	☐ Interação
4.	☐	Requisitos do Trabalho	ou	☐ Normas Organizacionais
5.	☐	Status Profissional	ou	☐ Requisitos do Trabalho
6.	☐	Remuneração	ou	☐ Autonomia
7.	☐	Status Profissional	ou	☐ Interação
8.	☐	Status Profissional	ou	☐ Autonomia
9.	☐	Interação	ou	☐ Requisitos do Trabalho
10.	☐	Interação	ou	☐ Remuneração
11.	☐	Autonomia	ou	☐ Requisitos do Trabalho
12.	☐	Normas Organizacionais	ou	☐ Autonomia
13.	☐	Remuneração	ou	☐ Status Profissional
14.	☐	Interação	ou	☐ Autonomia
15.	☐	Normas Organizacionais	ou	☐ Remuneração

Os itens das próximas páginas representam afirmações sobre como você está satisfeita(o) com seu trabalho atual. Por favor, responda a cada item. Pode ser muito difícil adequar suas respostas em 7 categorias: nesse caso, selecione a categoria que *mais se aproxima* de sua resposta à afirmação. É muito importante que você dê sua opinião *honesta*. Por favor, não volte atrás e mude qualquer uma das suas respostas.

Instruções: Por favor, circule [ ] o número que mais indica como você se sente sobre cada afirmação. O conjunto de números da *esquerda* indica graus de *concordância*. O conjunto de números da *direita* indica graus de *discordância*. Por exemplo, se você *concorda inteiramente* com o primeiro item, circule [1]; se você *concorda* com esse item, circule [2]; se você *concorda moderadamente (mais ou menos)* com o primeiro item, circule [3]. O número *central* [4] é reservado para sentimento neutro ou indeciso. Por favor, utilize-o o mínimo possível. Se você *discorda moderadamente (mais ou menos)* desse primeiro item, você deve circular [5]; para *discordar*, circule [6]; e para *discordar inteiramente*, circule [7].

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

		Concordo						Discordo
1.	Meu salário atual é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
2.	A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	1	2	3	4	5	6	7
3.	Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe, e se ajudam uns aos outros, quando "as coisas estão corridas"	1	2	3	4	5	6	7
4.	Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático	1	2	3	4	5	6	7
5.	Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho	1	2	3	4	5	6	7
6.	Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
7.	Eu sinto que sou supervisionada (o) mais diretamente ("de perto") do que é necessário	1	2	3	4	5	6	7
8.	Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse hospital está insatisfeito com seu salário	1	2	3	4	5	6	7
9.	A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados	1	2	3	4	5	6	7
10.	Em minha unidade, é difícil para a(os) enfermeira(os) novata(os) sentirem- se "à vontade"	1	2	3	4	5	6	7
11.	Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante	1	2	3	4	5	6	7
12.	Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

		Concordo						Discordo
13.	Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
14.	Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável	1	2	3	4	5	6	7
15.	Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o quê fazer, o tempo todo	1	2	3	4	5	6	7
16.	Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
17.	Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	1	2	3	4	5	6	7
18.	Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
19.	Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre enfermeira(o)s e médicos	1	2	3	4	5	6	7
20.	Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho	1	2	3	4	5	6	7
21.	Neste hospital, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
22.	Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
23.	Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria	1	2	3	4	5	6	7
24.	Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
25.	Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas	1	2	3	4	5	6	7

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo						Discordo
26. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo	1	2	3	4	5	6	7
28. Em minha unidade há muita " distinção de posições": a(o)s enfermeira(o)s raramente "misturam-se" com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
30. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim	1	2	3	4	5	6	7
31. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional	1	2	3	4	5	6	7
32. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa	1	2	3	4	5	6	7
33. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
34. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que eu faço no meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
35. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
36. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente	1	2	3	4	5	6	7
37. Os médicos deste hospital geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz	1	2	3	4	5	6	7
38. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

Lembre-se: Quanto mais intensamente você sentir sobre a afirmação, o mais distante do centro você deve circular, concordância para a esquerda e discordância para a direita. Utilize 4 para neutra(o) ou indecisa(o), se necessário; mas, por favor, tente utilizar esse número o mínimo possível.

	Concordo						Discordo
39. Os médicos desse hospital subestimam demais a equipe de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7
40. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste hospital e da minha unidade	1	2	3	4	5	6	7
41. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico	1	2	3	4	5	6	7
42. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos	1	2	3	4	5	6	7
43. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar	1	2	3	4	5	6	7
44. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 8

Avaliação Final

Prezada _____

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível Mestrado e o objeto da minha pesquisa é o estudo da satisfação profissional entre enfermeira(o)s de Unidades de Terapia Intensiva. Para tal, tenho trabalhado com a adaptação transcultural de um instrumento de medida — o Index of Work Satisfaction — para a cultura de enfermeiras brasileiras de UTIs. Esse instrumento foi originariamente desenvolvido para uso de enfermeiras norte-americanas, na Universidade de Massachusetts. Seu uso em nossa cultura exige o uso de uma abordagem metodológica sistematizada, que incorpora um conjunto de processos que visam o alcance de equivalência cultural entre a versão original e a versão traduzida. Com esses objetivos, venho solicitar sua valiosa colaboração, para avaliar a equivalência da versão brasileira do Index of Work Satisfaction — IWS. A tradução do IWS e a apreciação por especialistas são etapas do processo de adaptação desse instrumento para nossa cultura e, como foram realizadas traduções independentes e ajustes diversos, o procedimento de avaliação da equivalência é necessário para que se possa atingir o máximo em acurácia.

Para a avaliação, peço que indique se os critérios de equivalência conceitual, compreensibilidade e mensurabilidade da versão brasileira do IWS estão sendo atendidos, seguindo as seguintes orientações:

Marcar com um X no campo correspondente à sua avaliação, conforme escalas abaixo, onde **equivalência conceitual** representa a correspondência entre a afirmação (**A**) e o conceito (**B**) que se propõe a medir; **compreensibilidade** indica se a afirmação (**A**) está compreensível e

clara; e **mensurabilidade** significando que a afirmação (**A**) é passível de ser medida e dimensível.

Escala de equivalência conceitual
1 - não equivalentes
2 - pouco equivalentes
3 - equivalentes

Escala de compreensibilidade
1 - não compreensível
2 - pouco compreensível
3 - compreensível

Escala de mensurabilidade
1 - não mensurável
2 - pouco mensurável
3 - mensurável

Existe um espaço, abaixo de cada item para avaliação, destinado à possíveis observações que considere relevantes.

Em anexo, segue uma cópia do questionário, na forma como proponho aplica-lo. Peço que avalie a **clareza**, a **legibilidade** (facilidade de leitura), a **forma de apresentação** e a **objetividade** da carta de apresentação, das instruções de preenchimento e do questionário propriamente dito. Há uma folha destinada à sua avaliação e possíveis comentários que considere relevantes.

Contando mais uma vez com sua valiosa colaboração, agradeço pelo empenho, atenção e tempo já dispensados e coloco-me a sua disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas ou comentários.

Sinceramente,

Margarete Marques Lino

Conceito: Autonomia - grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas atividades diárias de trabalho

Itens para avaliação

A. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais diretamente ("de perto") do que é necessário
B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes
B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade
B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em meu serviço, minha(s) chefia(s) toma(m) todas as decisões. Eu tenho pouco controle direto sobre meu próprio trabalho
B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Uma grande dose de independência é permitida, se não requerida de mim
B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Algumas vezes sinto-me frustrada(o) porque todas as minhas atividades parecem ser pré-programadas para mim.
B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. No meu trabalho, algumas vezes tenho que fazer algumas coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional.

B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em meu trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com minha(s) chefia(s) para me apoiar

B. Autonomia

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

Conceito: Interação - oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho

Itens para avaliação

A. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem se dispõe e se ajudam uns aos outros, quando "as coisas estão corridas"
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em minha unidade, é difícil para a(o)s enfermeira(o)s nova(o)s sentirem-se "à vontade"
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em meu serviço, existe muito trabalho em equipe e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em minha unidade, há muito trabalho em equipe entre enfermeira(o)s e médicos
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em minha unidade, há muita "distinção de posições": a(o)s enfermeira(o)s raramente "misturam-se" com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu gostaria que os médicos daqui mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Os médicos deste hospital geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Os médicos deste hospital subestimam demais a equipe de enfermagem
B. Interação

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

Conceito: Status profissional - importância ou significância percebidos sobre seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros

Itens para avaliação

A. A Enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante
B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados
B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante
B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo
B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que eu faço no meu trabalho
B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na Enfermagem
B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico

B. Status profissional

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

Conceito: Requisitos do trabalho - tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho

Itens para avaliação

A. Neste hospital, o pessoal de enfermagem tem muito trabalho administrativo e burocrático
B. Requisitos do trabalho

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu acho que poderia realizar um trabalho melhor se não tivesse tanto o que fazer, o tempo todo
B. Requisitos do trabalho

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho
B. Requisitos do trabalho

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu tenho tempo suficiente e oportunidade para discutir os problemas da assistência ao paciente com outros membros da equipe de enfermagem
B. Requisitos do trabalho

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu tenho tempo suficiente para a assistência direta ao paciente
B. Requisitos do trabalho

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu poderia prestar uma assistência muito melhor se tivesse mais tempo com cada paciente

B. Requisitos do trabalho

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

Conceito: Normas Organizacionais - normas administrativas e procedimentos propostos pelo hospital e administração do serviço de enfermagem

Itens para avaliação

A. Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho
B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Existe uma grande lacuna entre a administração deste hospital e os problemas diários do serviço de enfermagem
B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Neste hospital não existem oportunidades suficientes de promoção para o pessoal de enfermagem
B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Há grande oportunidade para a equipe de enfermagem de participar do processo de tomada de decisões administrativas
B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Neste hospital, as decisões administrativas interferem muito na assistência ao paciente
B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Eu tenho todo o poder que quero no planejamento de normas e procedimentos deste hospital e da minha unidade

B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. A(s) chefia(s) de enfermagem geralmente consulta(m) a equipe nos problemas diários e procedimentos

B. Normas organizacionais

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

Conceito: Remuneração - pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado

Itens para avaliação

A. Meu salário atual é satisfatório
B. Remuneração

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem desse hospital está insatisfeito com seu salário
B. Remuneração

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Considerando o que é esperado do pessoal do serviço de enfermagem, neste hospital o salário que recebemos é razoável
B. Remuneração

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Neste hospital, o índice atual de reajuste salarial do pessoal de enfermagem não é satisfatório
B. Remuneração

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa
B. Remuneração

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

A. Neste hospital, se faz necessário um reajuste de salários para o pessoal de enfermagem
B. Remuneração

Equivalência conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
1	2	3	1	2	3	1	2	3

Leia atentamente todas as páginas do questionário, em anexo — carta de apresentação, instruções de preenchimento e o questionário propriamente dito — e faça sua avaliação quanto aos critérios de:

clareza:

legibilidade (facilidade de leitura)**:**

forma de apresentação:

objetividade:

ANEXO 9

Caracterização da UTI

1. Tipo de Instituição: ☐ pública ☐ privada

2. Tipo de atendimento da UTI:

☐ geral ☐ especializado

_____

3. Número de leitos da UTI:

Total _____ Ativos _____

4. Tipo de clientela atendida na UTI:

☐ neonato _____ leitos

☐ pediátrica _____ leitos

☐ adulto _____ leitos

5. Equipe de Enfermagem:

COMPONENTES / TURNO	*JORNADA DIÁRIA (hs)*	*MANHÃ*	*TARDE*	*NOTURNO PAR*	*NOTURNO ÍMPAR*
Enfª Chefe					
Enfª Encarregada					
Enfª Assistencial					
Tec. Enfermagem					
Aux. Enfermagem					
Aj. Operacional					
Outros					

ANEXO 10

Termo de Compromisso

Eu, MARGARETE MARQUES LINO, enfermeira, COREN-SP 34.386, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o nº USP 1590213, declaro que as informações obtidas no estudo *"Satisfação Profissional entre Enfermeiras de UTI — Adaptação Transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS)"* destinam-se à conclusão da Dissertação de Mestrado, assim provisoriamente denominada; que será mantido o anonimato dos respondentes dos questionários e que será mantido o sigilo quanto à identificação das Instituições participantes do estudo. Esclareço, ainda, que a participação no referido estudo não acarretará ônus financeiro aos enfermeiros e instituições participantes assim como não acarretará quaisquer riscos aos enfermeiros respondentes.

Desde já coloco-me ao dispor para esclarecimentos ou informações relacionadas ao estudo.

São Paulo, abril de 1999.

MARGARETE MARQUES LINO
Enfermeira - COREN-SP 34.386
..... (endereço e telefones para contato)

ANEXO 11

Ponderações das especialistas

Equivalence Evaluation

ITENS	Idiomatic						Cultural						Conceptual					
	N_1	N_2	N_3	N_4	N_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)	N_1	N_2	N_3	N_4	N_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)	N_1	N_2	N_3	N_4	N_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)
I	3	3	2	3	3	80	3	3	3	3	3	100	3	3	2	3	3	80
II	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
III	2	3	2	3	3	60	3	3	2	3	3	80	3	3	2	3	3	80
IV	3	2	1	3	1	40	3	2	2	3	2	40	3	2	1	3	2	40
V	2	3	3	3	3	80	2	3	3	3	3	80	2	3	3	3	3	80
VI	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	2	80
1	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
2	2	2	3	3	3	60	1	2	3	3	3	60	2	2	3	3	3	60
3	1	2	2	3	3	40	1	3	2	3	2	40	2	3	2	3	3	60
4	1	2	1	3	2	20	1	2	1	3	2	20	1	2	2	3	2	20
5	2	1	2	2	2	80	2	1	2	3	2	20	3	1	2	2	3	40
6	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80
7	2	1	2	3	3	40	2	2	3	3	3	60	2	2	3	3	3	60
8	3	1	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80
9	1	2	1	3	2	20	1	2	1	3	3	40	1	2	1	3	2	20
10	2	1	3	3	1	40	3	1	3	3	2	60	3	1	3	3	2	60
11	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
12	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
13	2	2	1	3	2	20	3	2	1	3	3	60	3	2	2	3	3	60
14	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
15	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
16	3	3	2	3	2	60	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	2	80
17	1	3	2	3	1	40	1	3	3	3	2	60	1	3	3	3	2	60
18	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80
19	3	2	3	3	3	80	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
20	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
21	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
22	2	3	3	3	3	80	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
23	2	3	3	3	3	80	3	3	3	3	3	100	3	3	2	3	3	80
24	2	2	2	3	2	20	2	2	2	3	3	40	2	3	2	3	3	60
25	3	1	3	3	2	60	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80
26	3	3	2	3	2	60	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	2	80
27	1	1	1	3	2	20	2	1	1	3	2	20	2	1	1	3	2	20
28	1	3	3	3	2	60	2	3	3	3	3	80	3	3	3	3	3	100
29	3	2	2	3	3	60	2	2	2	3	3	40	1	2	2	3	3	40
30	1	3	2	3	3	60	1	3	2	3	3	60	1	3	2	3	3	60
31	3	2	2	3	2	40	3	2	2	3	3	60	3	2	3	3	3	80
32	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	2	80
33	1	1	1	3	2	20	1	1	2	3	2	20	1	1	3	3	2	40
34	2	3	3	3	3	80	2	3	3	3	3	80	2	3	3	3	3	80

ITENS	Idiomatic						Cultural						Conceptual					
	N_1	N_2	N_3	N_4	N_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)	N_1	N_2	N_3	N_4	N_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)	N_1	N_2	N_3	N_4	N_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)
35	3	1	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80	3	2	3	3	3	80
36	2	1	3	3	3	60	2	2	3	3	3	60	2	2	3	3	3	60
37	2	2	2	3	3	40	2	3	3	3	3	80	2	3	3	3	3	80
38	3	2	2	3	1	40	3	3	2	3	2	60	3	3	2	3	1	60
39	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
40	3	2	2	3	2	40	3	2	2	3	3	60	3	2	3	3	3	80
41	2	3	2	3	2	40	2	3	2	3	2	40	2	3	2	3	2	40
42	3	1	2	3	2	40	3	2	2	3	2	40	3	2	2	3	2	40
43	3	3	3	3	2	80	3	3	3	3	3	100	3	3	3	3	3	100
44	1	1	2	2	2	0	1	1	2	2	3	20	1	1	2	2	2	0

Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática.

Itens	Equivalência Semântica						Equivalência Idiomática					
	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)
I	3	3	3	2	3	80	1	3	3	2	3	60
II	3	2	3	3	3	80	1	3	3	3	2	60
III	3	3	3	2	3	80	1	3	3	3	3	80
IV	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	2	60
V	3	3	3	2	3	80	1	3	2	3	3	60
VI	3	3	2	2	3	60	1	3	2	3	3	60
1	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
2	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
3	3	3	3	3	3	100	3	3	2	2	2	40
4	3	2	3	2	2	40	1	3	3	3	1	60
5	3	2	2	3	2	40	1	3	2	2	3	40
6	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
7	2	2	2	2	2	0	2	3	3	2	3	60
8	2	3	3	3	3	80	1	3	3	3	3	80
9	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
10	3	2	3	3	3	80	1	3	2	3	2	40
11	3	3	3	3	3	100	1	3	2	3	3	60
12	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	3	80
13	2	3	3	3	3	80	2	3	3	3	3	80
14	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
15	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
16	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
17	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	3	80
18	3	2	3	2	3	60	1	3	3	1	3	60
19	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
20	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
21	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	2	60
22	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
23	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
24	3	3	2	3	2	60	1	3	2	3	3	60
25	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	3	80
26	3	3	3	2	2	60	1	3	3	2	3	60
27	2	3	2	3	3	60	2	3	2	2	3	40
28	3	2	3	3	3	80	1	3	3	2	2	40
29	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
30	3	3	3	3	3	100	1	3	3	2	3	60
31	3	2	3	3	2	60	1	3	3	3	3	80
32	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
33	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
34	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	3	80
35	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
36	3	3	2	3	3	80	1	3	2	3	3	60
37	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
38	3	2	3	3	2	60	1	3	3	3	3	80
39	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	3	80
40	2	2	2	2	2	0	1	3	2	3	3	60
41	2	3	3	2	2	40	1	3	3	3	3	80

Itens	Equivalência Semântica						Equivalência Idiomática					
	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	Ocorrência de ponderação 3 (em %)
42	3	3	3	3	2	80	1	3	3	3	3	80
43	3	3	3	3	3	100	1	3	3	3	3	80
44	3	3	3	2	3	80	1	3	3	3	2	60

Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual

	Cultural						Conceitual				
	D_1	D_2	D_3	D_4	Ocorrência de ponderação 3 (%)		D_1	D_2	D_3	D_4	Ocorrência de ponderação 3 (%)
2	3	3	3	3	100	**2**	3	3	3	3	100
9	3	3	2	3	75	**9**	3	3	3	3	100
11	3	3	1	3	75	**11**	3	3	1	3	75
27	3	3	1	2	50	**27**	3	3	3	3	100
34	3	3	3	3	100	**34**	3	3	3	3	100
38	3	3	1	3	75	**38**	3	3	1	3	75
41	3	3	3	3	100	**41**	3	3	3	3	100
4	3	3	3	3	100	**4**	3	3	3	3	100
15	3	3	3	3	100	**15**	3	3	3	3	100
22	3	3	3	3	100	**22**	3	3	1	3	75
24	3	3	3	3	100	**24**	3	3	3	3	100
29	3	3	3	3	100	**29**	3	3	3	3	100
36	3	3	1	3	75	**36**	3	3	3	3	100
7	3	3	3	3	100	**7**	3	3	3	3	100
13	3	3	3	3	100	**13**	3	3	3	1	75
17	3	3	1	3	75	**17**	3	3	1	3	75
20	3	3	1	3	75	**20**	3	3	3	3	100
26	3	3	1	3	75	**26**	3	3	3	3	100
30	3	3	1	3	75	**30**	3	3	1	3	75
31	3	3	1	3	75	**31**	3	3	3	3	100
43	3	3	3	3	100	**43**	3	3	3	3	100
3	3	3	3	3	100	**3**	3	3	3	3	100
6	3	3	3	3	100	**6**	3	3	1	3	75
10	3	3	3	3	100	**10**	3	3	1	3	75
16	3	3	3	3	100	**16**	3	3	3	3	100
19	3	3	3	3	100	**19**	3	3	3	3	100
23	3	3	2	3	75	**23**	3	3	1	3	75
28	3	3	3	3	100	**28**	3	3	3	3	100
35	3	3	1	3	75	**35**	3	3	1	2	50
37	3	3	3	3	100	**37**	3	3	1	2	50
39	3	3	1	3	75	**39**	3	3	1	2	50
5	3	3	3	3	100	**5**	3	3	3	3	100
12	3	3	2	3	75	**12**	3	3	3	3	100
18	3	3	2	3	75	**18**	3	3	3	3	100
25	3	3	3	3	100	**25**	3	3	3	3	100
33	3	3	2	3	75	**33**	3	3	3	3	100
40	3	3	2	3	75	**40**	3	3	1	3	75
42	3	3	3	3	100	**42**	3	3	1	3	75
1	3	3	1	3	75	**1**	3	3	3	3	100
8	3	3	1	3	75	**8**	3	3	3	3	100
14	3	3	2	3	75	**14**	3	3	3	3	100
21	3	3	3	3	100	**21**	3	3	3	3	100
32	3	3	2	3	75	**32**	3	3	3	3	100
44	3	3	3	3	100	**44**	3	3	3	3	100

Avaliação Final

Itens	Equivalência Conceitual			Compreensibilidade			Mensurabilidade		
	E_6	E_7	E_8	E_6	E_7	E_8	E_6	E_7	E_8
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	2	3	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3
26	2	2	3	2	2	3	2	3	3
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3
43	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	2	3	3	2	3	3	2	3	3
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	3	3	2	3	3
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3
39	3	3	3	2	3	3	2	3	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	3	3	2	3	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3
41	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3
22	3	3	2	3	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	2	3	3	2	3	3	2	3	3
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3
40	3	3	3	3	3	3	3	3	3
42	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3
44	3	3	3	3	3	3	3	3	3
proporção	0,93	0,98	0,93	0,90	0,97	1,00	0,88	1,00	1,00
PMC	94%			96%			96%		

ANEXO 12

Matrizes de frequências utilizadas para o cálculo dos Coeficientes de Ponderação dos Componentes calculados pelas Comparações Pareadas

Matriz de freqüências absolutas das respostas obtidas nas Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=70). São Paulo, 1999.

	MAIS IMPORTANTE					
MENOS IMPORTANTE	**Remuneração**	**Autonomia**	**Requisitos do Trabalho**	**Status Profissional**	**Normas Organizacionais**	**Interação**
Remuneração		52	25	21	19	23
Autonomia	18		11	7	22	22
Requisitos do Trabalho	45	59		37	26	41
Status Profissional	49	63	33		31	50
Normas Organizacionais	51	48	44	39		54
Interação	47	48	29	20	16	

Matriz de freqüências relativas das respostas obtidas nas Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=70). São Paulo, 1999.

	MAIS IMPORTANTE					
MENOS IMPORTANTE	**Remuneração**	**Autonomia**	**Requisitos do Trabalho**	**Status Profissional**	**Normas Organizacionais**	**Interação**
Remuneração		,743	,357	,300	,271	,329
Autonomia	,257		,157	,100	,314	,314
Requisitos do Trabalho	,643	,843		,529	,371	,586
Status Profissional	,700	,900	,471		,443	,714
Normas Organizacionais	,729	,686	,629	,557		,771
Interação	,671	,686	,414	,286	,229	

Matriz dos valores-Z (*Z-scores*) das respostas obtidas nas Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=70). São Paulo, 1999.

	MAIS IMPORTANTE					
MENOS IMPORTANTE	**Remuneração**	**Autonomia**	**Requisitos do Trabalho**	**Status Profissional**	**Normas Organizacionais**	**Interação**
Remuneração		,653	-,366	-,524	-,610	-,443
Autonomia	-,653		-1,007	-1,282	-,485	-,485
Requisitos do Trabalho	,366	1,007		,073	-,329	,217
Status Profissional	,524	1,282	-,073		-,143	,565
Normas Organizacionais	,610	,485	,329	,143		,742
Interação	,443	,485	-,217	-,565	-,742	

Matriz dos valores-Z (*Z-scores*) corrigidos* das respostas obtidas nas Comparações Pareadas do ISP, numa amostra de enfermeiras de UTIs (n=70). São Paulo, 1999.

	MAIS IMPORTANTE					
MENOS IMPORTANTE	**Remuneração**	**Autonomia**	**Requisitos do Trabalho**	**Status Profissional**	**Normas Organizacionais**	**Interação**
Remuneração		,653	-,366	-,524	-,610	-,443
Autonomia	-,653		-1,007	-1,282	-,485	-,485
Requisitos do Trabalho	,366	1,007		,073	-,329	,217
Status Profissional	,524	1,282	-,073		-,143	,565
Normas Organizacionais	,610	,485	,329	,143		,742
Interação	,443	,485	-,217	-,565	-,742	
Soma	1,29	3,912	-1,334	-2,155	-2,309	,596
Média	,258	,782	-,267	-,431	-,462	,120
Fator de correção	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coeficiente de Ponderação de Componente	**2,758**	**3,282**	**2,233**	**2,069**	**2,039**	**2,619**

*Fator de correção = +2,5

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMSON, B.; KENNY, D. Structural and perceived medical dominance: a study of barriers to nurses' workplace satisfaction. ***Aust.J.Adv.Nurs.***, v.10, n.4, p.10-9, 1993.

ALEXANDER, C.S.; WEISMAN, C.S.; CHASE, G.A. Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. ***Nurs.Res.***, v.31, n.1, p.48-52, 1982.

ALEXANDER, J.W.; MARK, B. Technology and structure of nursing organizations. ***Nurs.Health Care***, v.11, n.4, p.195-9, 1990.

ALSPACH, J.G. Recognizing critical care nurses./ Editorial/. ***Crit.Care Nurse***, v.9. n.2, p.2-3, 1989.

ANTUNES, A.V.; SANT ANNA, L.R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. ***Rev.Bras.Enf.***, v.49, n.3, p.425-34, 1996.

ARMITAGE, P.; BERRY, G. ***Statistical methods in medical research.*** 2.ed. London, Blackwell, 1987.

BAILEY, J.T.; STEFFEN, S.M.; GROUT, J.W. The stress audit: identifying the stressors of ICU nursing. ***J.Nurs.Educ.***, v.19, n.6, p.15-25, 1980.

BARRY, P.D. Effects of the critical care unit on the nurse. In: HUDAK, C.M.; GALLO, B.M.; LOHR, T.S. ***Critical care nursing:*** a holistic approach, Philadelphia, Lippincott, 1988. cap.38, p.661-70.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. ***ANS Adv.Nurs.Sci.***, v.14, n.3, p.13-28, 1992.

BIZEK, K.S.; OERMANN, M.H. Study of educational experiences, support, and job satisfaction among critical care nurse preceptors. ***Heart Lung***, v.19, n.5, p.439-44, 1990.

BLEGEN, M.A. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. ***Nurs.Res.***, v.42, n.1, p.36-41, 1993.

BOUMANS, N.P.; LANDEWEERD, J.A. Leadership in the nursing unit: relationships with nurses' well-being. ***J.Adv.Nurs.***, v.18, n.5, p.767-75, 1993.

BOUMANS, N.P.; LANDEWEERD, J.A. Working in an intensive or non-intensive care unit: does it make any difference? ***Heart Lung***, v.23, n.1, p.71-9, 1994.

BOYLE, D.K.; POPKESS-VAWTER, S.; TAUNTON, R.L. Socialization of new graduate nurses in critical care. ***Heart Lung***, v.25, n.2, p.141-54, 1996.

BRASIL. Leis etc. Decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. ***Documentos básicos de enfermagem:*** enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, 1997. p.45.

BRISLIN, R.W. Back-translation for cross-cultural research. ***J.Cross-Cult.Psychol.***, v.1, n.3, p.185-216, 1970.

BUCKNALL, T.; THOMAS, S. Critical care nurse satisfaction with levels of involvment in clinical decisions. ***J.Adv.Nurs.***, v.23, n.3, p.571-7, 1996.

BULLOCK, R.P. Position, function, and job satisfaction of nurses in social system of modern hospital. ***Nurs.Res.***, v.2, n.2, p.4-14, 1953.

CAINE, R.M. Mentoring: nurturing the critical care nurse. ***Focus Crit.Care***, v.17, n.6, p.452-6, 1990.

CARANDINA, D.M. ***Percepção dos enfermeiros sobre a satisfação de suas necessidades psicossociais no trabalho:*** um estudo de caso. São Paulo, 1994. 188p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

CARR, L.T. The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing? ***J.Adv.Nurs.***, v.20, n.4, p.716-21, 1994.

CASSIANI, S.H.B. et al. A satisfação e o trabalho de enfermeiras de Centro Cirúrgico em Ribeirão Preto. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3, Ribeirão Preto, 1989. ***Anais.*** Ribeirão Preto, 1989. p.417-32.

CAVANAGH, S.J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. ***J.Adv.Nurs.***, v.17, n.6, p.704-11, 1992.

CICONELLI, R.M. ***Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida...*** São Paulo, 1997. 143p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

CONE, M. et al. Satisfaction with a new model of professional practice in critical care. ***Crit.Care Nurs.Q.***, v.18, n.3, p.67-74, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.189/96. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. ***Documentos básicos de enfermagem:*** enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, 1997. p.180.

CORLEY, M.C. et al. The clinical ladder. impact on nurse satisfaction and turnover. ***J.Nurs.Adm.***, v.24, n.2, p.42-8, 1994.

CORNETTA, V.K. ***Comparação da força de trabalho em serviços de saúde.*** São Paulo, 1991. 143p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CUNHA, A.K. ***Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva.*** Ribeirão Preto, 1995. 119p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CUNHA, K.de C. ***Fatores geradores de satisfação e insatisfação na prática de enfermagem:*** identificação e análise feita por enfermeiras de um hospital de ensino. São Paulo, 1987. 129p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

DAVIS, L.L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. ***Appl.Nurs.Res.***, v.5, n.4, p.194-7, 1992.

DEAR, M.R. et al. The effect of the intensive care nursing role on job satisfaction and turnover. ***Heart Lung***, v.11, n.6, p.560-5, 1982.

DECHESNAY, M. Cross-cultural research: advantages and disadvantages. ***Int.Nurs.Rev.***, v.30, n.1, p.21-3, 1983.

DECKER, F.H. Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. ***Res.Nurs.Health***, v.20, n.5, p.453-64, 1997.

DEL CURA, M.L.A. ***Satisfação profissional do enfermeiro.*** Ribeirão Preto, 1994. 89p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

DODDS, A.E.; LAWRENCE, J.A.; WEARING, A.J. What makes nursing satisfying: a comparison of college students' and registered nurses' views. ***J.Adv.Nurs.***, v.16, n. 6, p.741-53, 1991.

DWYER, D.J.; SCHWARTZ, R.H.; FOX, M.L. Decision-making autonomy in nursing. ***J.Nurs.Adm.***, v.22, n.2, p.17-23, 1992.

EDWARDS, A.L. ***Techniques of attitude scale construction.*** New York, Appleton-Century-Crofts, 1957.

EHRENFELD, M. Social correlates of satisfaction and stress among Israeli nurses within Intensive Coronary Care Units (I.C.C.U.s). ***Int.J.Nurs.Stud.***, v.28, n.1, p.39-45, 1991.

EVANS, S.A. Critical care nursing: the ordinary is extraordinary. ***Heart Lung***, v.20, n.3, p.21A-31A, 1991.

EVANS, S.A.; CARLSON, R. Nurse/physician collaboration: solving the nursing shortage crisis. ***Am.J.Crit.Care***, v.1, n.1, p.25-32, 1992.

EVERS, C. et al. Developing a critical pathway for orientation. ***Am.J.Crit.Care***, v.3, n.3, p.217-23, 1994.

FAGIN, C.M. Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. ***Acad.Med.***, v.67, n.5, p.295-303, 1992.

FAIRMAN, J. Watchful vigilance: nursing care, technology, and the development of intensive care units. ***Nurs.Res.***, v.41, n.1, p.56-60, 1992.

FAIRMAN, J.; LYNAUGH, J. ***Critical care nursing.*** A history. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1998.

FÁVERO, N. et al. Estudo da liderança do enfermeiro-chefe segundo os referenciais teóricos de Likert e Blake & Mouton. ***Mundo Saúde***, v.21, n.3, p.160-5, 1997.

FÁVERO, N. et al. Estudo do grau de satisfação e cansaço dos funcionários do serviço de enfermagem, que trabalham concomitantemente em duas instituições hospitalares. ***Rev.Paul.Hosp.***, v.35, n.4/6, p.51-5, 1987.

FERKETICH, S. Aspects of item analysis. ***Res.Nurs.Health***, v.14, p.165-8, 1991.

FERKETICH, S.; PHILLIPS, L.; VERRAN, J. Development and administration of a survey instrument for cross-cultural research. ***Res.Nurs.Health***, v.16, n.3, p.227-30, 1993.

FERREIRA, F.G. ***Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva.*** São Paulo, 1998. 136p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FOXALL, M.J. et al. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. ***J.Adv.Nurs.***, v.15, n.5, p.577-84, 1990.

FRASER, T.M. ***Human stress, work and job satisfaction.*** a critical approach. Genebra, International Labour Office, 1983.

FREEMAN, A.; MCMASTER, D.; HAMILTON, L. Staff development program for critical care nurses. ***Crit.Care*** *Nurse*, v.3, n.2, p.86-92, 1983.

FULLERTON, J.T. Evaluation of research studies. part IV: validity and reliability - concepts and application. ***J.Nurse Mid.*** v.38, n.2, p.121-5, 1993.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. ***Scand.J.Rheumatol.***, v.24, n.2, p.61-3, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D.L. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. ***J.Clin.Epidemiol.***, v.46, n.12, p.1417-32, 1993.

GURNEY, C.A.; MUELLER, C.W.; PRICCE, J.L. Job satisfaction and organizational attachment of nurses holding doctoral degrees. ***Nurs.Res.***, v.46, n.3, p. 163-71, 1997.

HAIR JR, J.F. et al. ***Multivariate analysis.*** 5.ed. Upper Saddle River, NJ, Prentice-Hall, 1998. p.469-518.

HARRIS, R.B. Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaptation framework. ***ANS Adv.Nurs.Sci.***, v.11, n.2, p.12-28, 1989.

HARRISON, D.A.; MCLAUGHLIN, M.E. Cognitive processes in self-report responses: tests of item context effects in work attitude measures. ***J.Appl.Psychol.***, v.78, n.1, p.129-40, 1993.

HASTINGS, C. Differences in professional practice model outcomes: the impact of practice setting. ***Crit.Care Nurs.Q.***, v.18, n.3, p.75-85, 1995.

HAWKINS, T.; SUTTON, K. Self-scheduling in a CVICU. ***Nurs.Manage.***, v.22, n.11, p.64A-64H, 1991.

HESKINS, F.M. Exploring dichotomies of caring, gender and technology in intensive care nursing: a qualitative approach. ***Intensive Crit.Care Nurs.*** v.13, n.2, p.65-71, 1997.

HIPWELL, A.E.; TYLER, P.A.; WILSON, C.M. Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. ***Br.J.Med.Psychol.***, v.62, n.1, p.71-9, 1989.

JACOMO, Y.A. ***Fatores de satisfação e insatisfação que interferem na prática do pessoal de enfermagem em assistência primária de saúde:*** estudo realizado no Município de Cotia. São Paulo, 1991. 109p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

JONES, E. Translation of quantitative measures for use in cross-cultural research. ***Nurs.Res.***, v.36, n.5, p.324-7, 1987.

KEANE, A.; DUCETTE, J.; ADLER, D.C. Stress in ICU and non-ICU nurses. ***Nurs.Res.***, v.34, n.4, p.231-6, 1985.

KOSMOSKI, K.A.; CALKIN, J.D. Critical care nurses' intent to stay in their positions. ***Res.Nurs.Health.***, v.9, n.1, p.3-10, 1986.

KURCGANT, P. Formação e competência do enfermeiro de Terapia Intensiva. ***Enfoque***, v.19, n.1, p.4-6, 1991.

LAUTERT, L.; RAMOS, M.Z.; BIANCHESSI, D.L.C. Análise retrospectiva dos motivos dos demissionários da área de enfermagem de um hospital geral. ***Rev.Bras.Enf.***, v.48, n.4, p.349-66, 1995.

LEVINE, C.D.; WILSON, S.F.; GUIDO, G.W. Personality factors of critical care nurses. ***Heart Lung***, v.17, n.4, p.392-8, 1988.

LEWIS, D.J.; ROBINSON, J.A. ICU nurses' coping measures response to work-related stressors. ***Crit.Care Nurse***, v.12, n.2, p.18-23, 1992.

LICHT, R.H. ***Satisfação, responsabilidade e sentido no trabalho:*** um estudo preliminar de associação. São Paulo, 1990. 148p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo.

LIMA, M.G. ***Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva:*** aspectos afetivos e relacionais. Ribeirão Preto, 1993. 129p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LOCSIN, R.C. Machine technologies and caring in nursing. ***Image J.Nurs.Schol.***, v.27, n.3, p.201-3, 1995.

LUNARDI FILHO, W.D. ***Prazer e sofrimento no trabalho:*** contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre, 1995. 288p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LYNN, M.R. Reliability estimates: use and disuse. ***Nurs.Res.*** v.34, n.4, p.254-6, 1985.

MAGALHÃES, S.R.T. O enfermeiro e a gerência dos fatores produtores de satisfação e insatisfação na administração dos recursos humanos. ***Hosp.Adm.Saúde***, v.11, n.4, p.184-7, 1987.

MALONEY, J.P. Job stress and its consequences on a group of intensive care and nonintensive care nurses. ***ANS Adv.Nurs.Sci.***, v.4, n.2, p.31-41, 1982.

MANDERINO, M.A.; BERKEY, N. Verbal abuse of staff nurses by physicians. ***J.Profes.Nurs.***, v.13, n.1, p.48-55, 1997.

MARION, C.D. et al. Focus on autonomy: supporting an innovative, empowered staff. ***Crit.Care Nurs.Q.***, v.18, n.3, p.21-7, 1995.

MARK, B.A.; HAGENMUELLER, A.C. Technological and environmental characteristics of intensive care units: implications for job redesign. ***J.Nurs.Adm.***, v.24, n.4S, p.65-71, 1994.

MARRA, C.C.; FERNANDES, N.S.; CARMAGNANI, M.I.S. A qualidade da assistência de enfermagem e a motivação no trabalho. ***Enfoque***, v.16, n.4, p.88-9, 1988.

MATOS, N.L. A motivação do trabalho do gerente de enfermagem. ***Mundo Saúde***, v.9, n.35, p.185-94, 1985.

MATRUNOLA, P. Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? ***J.Adv.Nurs.***, v.23, n.4, p.827-34, 1996.

MCCOY, A.K. Developing self-scheduling in critical care. ***Dimens.Crit.Care Nurs.***, v.11, n.3, p.152-6, 1992.

MCDERMOTT, M.A.; PALCHANES, K. A literature review of critical elements in translation theory. ***Image J.Nurs.Sch.*** v.26, n.2, p.113-7, 1994.

MCNEESE-SMITH, D.K. The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. ***J.Nurs.Adm.*** v.27, n.9, p.47-55, 1997.

MISENER, T.R. et al. Toward an international measure of job satisfaction. ***Nurs.Res.***, v.45, n.2, p.87-91, 1996.

MITCHELL, P. et al. American Association of Critical-Care Nurses Demonstration Project: profile of excellence in critical care nursing. ***Heart Lung***, v.18, n.3, p.219-37, 1989.

MOCCIA, P. A critique of compromise: beyond the methods debate. ***Adv.Nurs.Sci.***, v.10, n.4, p.1-9, 1988.

MORRISON, R.S.; JONES, L; FULLER, B. The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. ***J.Nurs.Adm.***, v.27, n.5, p.27-34, 1997.

MOSS, R.; ROWLES, C.J. Staff nurse job satisfaction and management style. ***Nurs.Manage.***, v.28, n.1, p.32-4, 1997.

MOURA, G.M.S.S. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. ***Texto Contexto Enf.***, v.1, n.2, p.167-79, 1992.

MUELLER, C.W.; MCCLOSKEY, J.C. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. ***Nurs.Res.***, v.39, n.2, p.113-7, 1990.

MUNET-VILARÓ, F. The challenge of cross-cultural nursing research. ***West.J.Nurs.Res.***, v.10, n.1, p.112-6, 1988.

MUNRO, B.H. Measuring relationships. ***Cl.Nurse Spec.*** v.5, n.3, p.149-50, 1991.

MUNSON, F.C.; HEDA, S.S. An instrument for measuring nursing satisfaction. ***Nurs.Res.***, v.23, n.2, p.159-66, 1974.

NICHOLS, K.A.; SPRINGFORD, V.; SEARLE, J. An investigation of distress and discontent in various types of nursing. ***J.Adv.Nurs.***, v.6, n.4, p.311-8, 1980.

NORBECK, J.S. Perceived job stress, job satisfaction, and psychological symptoms in critical care nursing. ***Res.Nurs.Health.***, v.8, n.3, p.253-9, 1985a.

NORBECK, J.S. Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. ***Nurs.Res.***, v.34, n.4, p.225-30, 1985b.

NUNNALLY, J.C. ***Psychometric theory.*** New York, McGraw-Hill, 1967.

OBERLE, K.; DAVIES, B. An exploration of nursing disillusionment. ***Can.J.Nurs.Res.***, v.25, n.1, p.67-76, 1993.

O'BRIEN, M.E. Transcultural nursing research - alien in an alien land. ***Image (IN)***, v.13, n.2, p.37-9, 1981.

OERMANN, M.H. Critical care nursing education at the baccalaureate level: study of employment and job satisfaction. ***Heart Lung***, v.24, n.5, p.394-8, 1995.

OERMANN, M.H.; BIZEK, K.S. Job satisfaction among critical care preceptors. ***Crit.Care Nurse***, v.14, n.5, p.103-6, 1994.

OGUISSO, T. Perfil do enfermeiro de unidades ambulatoriais do INAMPS no Brasil. ***Rev.Esc.Enf.USP***, v.24, n.1, p.77-92, 1990.

PADILHA, K.G. ***Des-cuidar:*** as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem. São Paulo, 1994. 203p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PEIXOTO, M.R.B. ***A prioridade, o isolamento e as emoções***: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Tratamento Intensivo. São Paulo, 1996. 248p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M.E.R. ***O lazer como aspecto alternativo de alívio de tensão, para a equipe de enfermagem, em CTI.*** Ribeirão Preto, 1997. 169p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PÉREZ-RAMOS, J. ***Satisfação no trabalho:*** metas e tendências. Assis, 1980. 132p. Tese (Livre Docência) - Instituto de Letras, História e Psicologia de Assis, Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho".

PERROW, C.A. A framework for the comparative analysis of organizations. ***Am.Sociol.Rev.***, v.32, n.2, p.194-208, 1967.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. ***Fundamentos de pesquisa em enfermagem.*** Trad. por Regina Machado Garcez. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

PRESCOTT, P.A. Shortage of professional nursing practice: a reframing of the shortage problem. ***Heart Lung***, v.18, n.5, p.436-43, 1989.

PRICE, C.A.; SOUTHERLAND, A. Rethinking staffing patterns in critical care nursing. ***Nurs.Manage.***, v.20, n.3, p.80Q-80V, 1989.

PUSTAI, I. Motivating employees. Applying motivational theories to nursing. ***AORN.J.*** v.50, n.6, p.1254-8, 1989.

RELF, M. Increasing job satisfaction and motivation while reducing nursing turnover through the implementation of shared governance. ***Crit.Care Nurs.Q.***, v.18, n.3, p.7-13, 1995.

ROSSI, L.A. A prática de enfermagem em uma unidade de queimados: análise dos discursos dos enfermeiros. ***Rev.Bras.Enf.***, v.47, n.2, p.100-7, 1994.

SANTOS, S.R.; RODRIGUES FILHO, J. Enfermagem e os fatores de satisfação no trabalho. ***CCS***, v.12, n.2, p.26-32, 1993.

SANTOS, S.R.; RODRIGUES FILHO, J. Enfermagem: fatores de satisfação. ***Rev.Bras.Enf.***, v.48, n.3, p.242-50, 1995.

SANTOS, V. Buscando um referencial de cuidados integrativos na era do marketing e comunicação. ***Texto Contexto Enf.*** v.2, n.2, p.76-86, 1993.

SHIMIZU, H.E. ***Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola.*** São Paulo, 1996. 187p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SIEGEL, S. ***Estatística não-paramétrica.*** São Paulo, McGraw-Hill, 1975.

SILLS, L.R. Implementation of a salaried compensation program for registered nurses. ***J.Nurs.Adm.***, v.23, n.1, p.55-9, 1993.

SONG, R. et al. Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a Special Care Unit practice model. ***Res.Nurs.Health.***, v.20, n.5, p.443-52, 1997.

STAMPS, P.L. ***Nurses and work satisfaction:*** an index for measurement. 2.ed. Chicago, Health Administration Press, 1997a.

STAMPS, P.L. ***Scoring workbook for the index of work satisfaction.*** Northampton, Market Street Research, 1997b. 33p./ Apostila/.

STAMPS, P.L.; PIEDMONTE, E.B. ***Nurses and work satisfaction:*** an index for measurement. Ann Arbor, Health Administration Press Perspectives, 1986.

STECHMILLER, J.K.; YARANDI, H.N. Job satisfaction among critical care nurses. ***Am.J.Crit.Care***, v.1, n.3, p.37-44, 1992.

STECHMILLER, J.K.; YARANDI, H.N. Predictors of burnout in critical care nurses. ***Heart Lung***, v.22, n.6, p.534-41, 1993.

TAKAHASHI, E.I.U. ***A emoção na prática de enfermagem:*** relatos por enfermeiros de UTI e UI. São Paulo, 1991. 241p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

TORRES, G. A reassessment of instruments for use in a multivariate evaluation of a collaborative practice project. In: STRICKLAND, O.L.; WALTZ, C.F. (ed.) ***Measurement of nursing outcomes.*** New York, Springer, 1988. v.2. cap.21, p.381-99.

UGROVICS, A.; WRIGHT, J. 12-hour shifts: does fatigue undermine ICU nursing judgments? ***Nurs.Manage.***, v.21, n.1, p.64A-64G, 1990.

ULLRICH, R.A. Herzberg revisited: factors in job dissatisfaction. ***J.Nurs.Adm.***, v.8, n.10, p.19-24, 1978.

VERSCHUREN, P.J.M.; MASSELINK, H. Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospital. ***Soc.Sci.Med.*** v.45, n.7, p.1135-1138, 1997.

WAKEFIELD, D.S. et al. Differences in work unit outcomes. Job satisfaction, organizational commitment, and turnover among hospital nursing department employees. ***West.J.Nurs.Res.***, v.10, n.1, p.98-105, 1988.

WALTERS, A.J. Techology and the lifeworld of critical care nursing. ***J.Adv.Nurs.***, v.22, n.2, p.338-46, 1995.

WALTZ, C.F.; BAUSELL, R.B. ***Nursing research:*** design, statistics and computer analysis. Philadelphia, F.A. Davis, 1981.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. ***Measurement in nursing research.*** 2.ed. Philadelphia, F.A. Davis, 1991.

WERNER, O.; CAMPBELL, D.T. Translating, working through interpreters, and the problrem of descentering. In: NAROLL, R.; COHEN, R. (ed.) ***A handbook of method in cultural anthropology.*** New York/London, Columbia University Press, 1973. cap.22, p.398-420.

WHITLEY, M.P.; PUTZIER, D.J. Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. ***J.Nurs.Care Qual.***, v.8, n.3, p.43-51, 1994.

WILLIAMS, C. Job satisfaction: comparing CC and Med/Surg nurses. ***Nurs.Manage.*** v.21, n.7, p.104A-H, 1990.